







La investigación educativa en salud:
aptitud de los trabajadores de la salud
en tópicos de familia





Primera edición, 2008

D.R. © 2008, UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA



Centro Universitario de
Ciencias de la Salud

Centro Universitario de
Ciencias Exactas e Ingeniería

ISBN: 978-970-27-1392-0

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico







La investigación educativa en salud:
aptitud de los trabajadores de la salud
en tópicos de familia

Cabrera Pivaral Carlos Enrique
Franco Chávez Sergio Adalberto
González Pérez Guillermo
Vega López Maria Guadalupe
(autores)

Damián Gabriel Velasco Langer
Rivera Clara Elizabet
María Concepción Damián Ledezma
Mayarí Centeno López
Alberto Iram Villa Manzano
Rodríguez Pérez Imma
Franco Ramírez Sergio Adalberto
(coautores)

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS EXACTAS E INGENIERÍAS
2008





ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
Proceso educativo	9
Comunicación educativa	13
APTITUD CLÍNICA	17
Bibliografía	25
APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA MUJER EN ETAPA DEL CLIMATERIO	
Introducción	29
Antecedentes	31
Justificación	35
Objetivos	37
Material y métodos	38
Recursos	42
Aspectos éticos	42
Resultados	42
Discusión	53
Bibliografía	60
Anexos	63
APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA DIABETES GESTACIONAL	
Introducción	67
Material y métodos	68
Aspectos éticos	71
Resultados	71
Discusión	76
Bibliografía	84



APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR ANTE EL MANEJO OPORTUNO DE LA PREECLAMPSIA	87
Resumen	87
Objetivo general	87
Material y métodos	88
Introducción	88
Material y métodos	90
Definición conceptual de variables	91
Tratamiento estadístico	92
Aspectos éticos:	93
Conflicto de interés.....	93
Resultados	93
Discusión	97
Bibliografía	101

APTITUD CLÍNICA DE MÉDICOS FAMILIARES EN LA DISFUNCIÓN FAMILIAR	103
Resumen	103
Abstract	105
Introducción	106
Materiales y métodos	107
Instrumentos	108
Método de análisis de la información	109
Consideraciones éticas	110
Resultados	110
Discusión	110
Bibliografía	115
Anexos	117





INTRODUCCIÓN

■

La educación en salud; Como disciplina se alimenta del cúmulo de teorías, métodos y conocimientos que ofrecen las ciencias médicas y las de la educación, con las cuales se analiza el proceso de la salud enfermedad y su relación con los comportamientos humanos buscando encontrar elementos que favorezcan la salud positiva y elevar la cultura de la salud. Como proceso trata de la explicación “del como”, mediante el proceso de enseñanza aprendizaje en salud-enfermedad, las comunidades pueden mejorar su estado de salud y de vida. (1)

Trata la educación de la orientación hacia la salud, desde el punto de vista positivo y se cristaliza mediante el ejercicio que desarrolla el estado a través de las instituciones que integran el sector salud y educativo. La educación para la salud, o también llamada educación sanitaria o fomento de la salud, es un proceso de enseñanza-aprendizaje, que sustentado en el enfoque de riesgos, puede organizar a la comunidad en grupos con el fin de modificar los hábitos y comportamientos riesgosos para la salud, de lograr definir perfiles y estilos de vida positivos y que a mediano plazo propugnen modificaciones en los factores estructurales y coyunturales de la salud.

A pesar de los grandes logros de la medicina preventiva, esta ha encontrado limitaciones relacionadas con los factores culturales y educativos de la comunidad (2 y 3), ya que debido a estos factores los receptores de los mensajes educativos no están preparados para recibirlos y por otro lado los relacionados a aspectos técnicos en la pro-

ducción y envió de los mensajes(4), así también en lo referente a la tenencia y manejo de los medios de comunicación social; factores que se traducen en limitantes de la cultura en salud(5)

Las instituciones educativas formales y las instituciones del sistema nacional de salud, a través de su identificación con el estado, al definir sus practicas educativas en salud retoman más la postura tradicional -(adaptativa unidireccional) - otorgando un perfil específico de la práctica educativa en salud la cual con correspondencia a lo anterior define ciertos roles sociales los cuales se caracterizan por la pasividad y por la adaptabilidad. Esto es sin negar que aisladamente existen varios proyectos que por sus características y por estar insertos dentro de dichas estructuras buscan la transformación de la realidad a través de la innovación y la creatividad.

PROCESO EDUCATIVO

Por educación integral entendemos la apropiación de conocimientos susceptibles de ser aplicados en la vida colectiva social e individual, a través de una práctica social que incluya los conocimientos fundamentales de las disciplinas básicas de la naturaleza y de la sociedad, de una manera interdisciplinaria que permita desarrollar al individuo como una unidad formada por la razón, la afectividad, la voluntad y las aptitudes que propician la vinculación entre el trabajo intelectual y el manual así como el desarrollo de su sensibilidad e imaginación. Todo esto busca al final del proceso, la transformación de la realidad (6) concreta y objetiva, cuya finalidad última sea la propia transformación de dicha realidad, y que ofrezca la superación integral de la colectividad y por consiguiente un mejor nivel de vida.

Dentro de este proceso existe una interrelación que se establece entre los que participan del fenómeno de la enseñanza aprendizaje, o sea entre los maestros y los alumnos (Modelo tradicional) o por el facilitador y los participantes (Modelo alterno).

Dentro de esta relación se explican objetivos por alcanzar, que bajo un esfuerzo continuo y de todos los participantes constituyan

modelos sociales que favorezcan el desarrollo de actitudes críticas y reflexivas. (7)

La educación para la salud, surge como disciplina que se nutre de la salud y de la educación; y como tal no puede ser definida universal y estáticamente, sino debe de conceptualizarse en base a un contexto histórico y social determinado.

La educación, es un proceso social, cuya concepción se liga a determinantes socio históricas. Ha sido un instrumento de gran valor en la reproducción ideológica del sistema dominante, sin embargo también es considerada como un instrumento de búsqueda y consolidación de la transformación.

La forma de concebir, planear e instrumentar la educación esta determinada por elementos estructurales y superestructuras. Cada etapa histórica ha dado origen a corrientes bajo las cuales se interpreta y ejecuta la educación.

Entre dichas corrientes que interpretan la educación tenemos: La perspectiva funcionalista, la perspectiva estructural funcionalista y la teoría de la reproducción social (6).

Sin embargo varios autores coinciden en señalar que la educación es un proceso social que busca la transformación de la realidad en beneficio de la colectividad. Y esta debe considerar las siguientes características:

1. La educación es una instancia social objetiva, distinta al análisis parcial y fragmentario, que no se limita a lo pedagógico, o al estudio de las técnicas que favorecen el conocimiento, desligadas de un contexto social, limitando su atención a lo individual y negando incrementar el horizonte social.

2. La educación como fenómeno social, no reduce su accionar a la relación directa entre el educador y el educando, Ya que estos son solo un elemento terminal de la estructura social. Ya que sociológicamente la participación de la estructura económica, jurídico política e ideológica esta implícita.

3. Desde luego el fenómeno educativo no es una resultante fría de dichos componentes sociales, sino un factor que contribuye a su pro-

pia definición y a su interrelación, es pues resultante y condicionante a la vez de un conjunto de determinaciones sociales que definen su característica y su naturaleza.

4. El objeto de estudio de la educación, puede abordarse como un sistema en sí, cuyas relaciones interesan estudiar. Pero también como un subsistema en la cual interesan sus interrelaciones.

5. El campo de acción de la educación rebasa la estructura escolarizada, ya que considera las actividades realizadas por los grupos primarios: familia, clases sociales etcétera. Y los grupos secundarios: grupos políticos, grupos culturales, religiosos, etcétera.

A cada tipo de educación le corresponde una determinada concepción y una determinada práctica de la comunicación, Kaplún Mario, (2,3,5) Aunque en la realidad existen muchas concepciones pedagógicas, Díaz Bordenave (3,5), señala que estas se pueden agrupar en dos modelos, ninguno de ellos puros en la realidad, sino entremezclados.

1.- Modelos Exógenos: Se caracteriza por poner énfasis en que el educando es un objeto y el proceso educativo se plantea desde afuera del destinatario. Y se empeña en los contenidos y en los efectos.

2.- Modelo Endógeno: Este parte del destinatario y permite que el educando sea el sujeto de la educación. Y se preocupa por los efectos mediante cuidar los procesos.

Sin embargo cada modelo no prescinde radicalmente de los principios fundamentales de los demás, solo le da énfasis y privilegia al que le es propio.

La educación que pone énfasis en los contenidos se corresponde con la educación tradicional, basada en la transmisión de los conocimientos y de los valores de una generación a otra, del profesor al alumno, de la elite instruida a las masas ignorantes.

La educación que pone énfasis en los efectos; le corresponde a la ingeniería del comportamiento y consiste esencialmente en moldear la conducta de las personas con objetivos previamente establecidos.

La educación que pone énfasis en el proceso destaca la importancia del proceso de transformación de la persona y de la comunidad.



INTRODUCCIÓN

No se preocupa tanto de los contenidos a ser comunicados ni de los efectos en términos de comportamientos, cuanto de la interacción dialéctica entre las personas y su realidad; del desarrollo de sus capacidades intelectuales y de su conciencia social.

La actual situación educativa de salud en México, especialmente en nuestra región; requiere, por parte de los profesionales de la salud, un alto nivel de responsabilidad, compromiso y una sólida fundamentación teórico y metodológica (2).

COMUNICACIÓN EDUCATIVA

Desde lejanos tiempos, coexisten dos formas de entender el término comunicación:

- 1.- Acto de informar, de transmitir y de emitir; y
- 2.- Diálogo, intercambio; relación de compartir, de correspondencia y reciprocidad. En realidad la más antigua es la segunda. Esta deriva de la raíz latina Communis, poner en común algo con otro. Misma raíz que comunidad, donde se expresa algo en común. Sin embargo se nota que la primera concepción es actualmente la más utilizada, Kaplún manifiesta que esto se debe al aparato norteamericano, que en un principio se llamo medios masivos ó "mass media" y que luego de legitimar su prestigio se comenzaron a llamar medios de comunicación social y a partir de allí nació mensajes. Así en lugar de partir de las relaciones humanas, fueron la ingeniería y la electrónica los que impusieron la forma de concebir la comunicación desde la hegemonía norteamericana.

El contexto social es otro factor que ha contribuido a la reducción del concepto amplio de la comunicación, y esto ha sido por el carácter autoritario y jerárquico de la sociedad que impone un desarrollo a otras sociedades.

El cuestionar al modelo tradicional, no implica una falsedad de dicho modelo, sino que no cubre las necesidades sociales de una sociedad dinámica en busca de cambios y transformaciones positivas.

La controversia entre el modelo de comunicación dominante y hegemónico ante el modelo alternativo implica el recuperar el sentido original del concepto comunicación “diálogo, intercambio, compartir” no es cuestión de semántica sino de rescatar lo humano del proceso.

Los pueblos y comunidades se niegan a seguir siendo receptores pasivos y ejecutores de órdenes, sienten la necesidad de participar y reclamar sus derechos.

La educación en cualquiera de sus modalidades se materializa en el proceso de enseñanza aprendizaje y se realiza siempre a través de la comunicación. En este sentido, Paulo Freire expresa: “La educación es comunicación, es diálogo en la medida en que no es la transferencia del saber, si no un encuentro de sujetos interlocutores” (3). La interdependencia de estos dos procesos se manifiesta al considerar que en la sociedad, todo proceso educativo incluye de alguna manera a la comunicación y esta generalmente lleva la intención de intercambiar ideas, sentimientos, experiencias, valores o actitudes.

El proceso de comunicación incluye los siguientes elementos el emisor, el código, el mensaje, el medio y los recursos, el marco de referencia y el receptor. La forma de interacción de estos, así como el número de personas involucradas, dan origen a los diferentes tipos de comunicación: interpersonal y colectiva.

La comunicación interpersonal, ya sea individual o en grupos, es aquella en que los participantes se relacionan en un diálogo que permite un intercambio de mensajes más completo, al posibilitar que el emisor se convierta en receptor y viceversa. Incluye uso de la palabra, gestos, miradas y entonación, lo que contribuye a formar una atmósfera de mayor intensidad. En ella se intercambian mensajes de interés para todos en una proximidad espacial. El uso de apoyos como son los medios audiovisuales es frecuente en este tipo de comunicación.

La comunicación interpersonal, fomenta el proceso de enseñanza aprendizaje con una óptica participativa, en el cual los miembros cambian la relación vertical educando educador y la convierten en una relación horizontal que permite el intercambio de conocimientos y experiencias, dando lugar a una relación de igualdad, confianza



INTRODUCCIÓN

y comprensión donde todos tienen capacidad para analizar, criticar, decidir, resolver y transformar su situación.

Por su parte, la comunicación colectiva hace referencia a la transmisión de los mensajes a través de los medios masivos, a grandes grupos de población. Se caracteriza por la emisión unidireccional de mensajes en virtud de las condiciones técnicas de los medios, lo que dificulta la respuesta al emisor. Este tipo de comunicación, dada su gran penetración, tiene una influencia significativa en los hábitos y costumbres de la población, propiciando o inhibiendo conductas con una orientación determinada, por lo que resulta importante considerarla dentro del proceso educativo.

En todo proceso de comunicación se sugiere incorporar la visión de los destinatarios de nuestros mensajes de comunicación, para que dichos mensajes representen y reflejen las necesidades sentidas de los usuarios de los medios de comunicación.





APTITUD CLÍNICA



La función educativa en las instituciones de salud es una gran tradición, en el ámbito de la formación de recursos humanos en especialidades médicas es la institución que aporta a nivel nacional la mayor cantidad de médicos formados en distintas disciplinas médicas. Congruente con ello, desde la coordinación nacional de educación médica y a través de distintos periodos se han impulsado estrategias educativas que contribuyan a mejorar la calidad de la educación orientada al personal médico ya sea en formación o en funciones operativas. Actualmente se impulsa dentro del instituto una iniciativa encaminada a implementar una modalidad educativa con una visión activa-participativa que pretende promover el desarrollo de habilidades de reflexión y crítica en el ejercicio profesional de los médicos que a su vez conduzca a una práctica médica más refinada y de decisiones con mayor pertinencia a las necesidades que los pacientes expresan mediante sus problemas de salud. Desde esta perspectiva, es que hemos propuesto este estudio sobre la aptitud clínica de los médicos familiares en la atención de la mujer en etapa del climaterio, etapa que cada vez más mujeres habrán de cursar en su vida derivado de la transición demográfica que lleva a la población a alcanzar una vida más longeva. Este proceso de envejecimiento poblacional como es sabido conlleva sus desafíos, creemos que en el refinamiento de la aptitud clínica para atender a la mujer que cursa una de las consecuencias naturales del envejecimiento como lo es el climaterio, el médico puede

contribuir a enfrentar uno de esos desafíos, que en este caso impacte en la preservación de la salud de la mujer adulta y a mejorar su calidad de vida.

Dentro de esta relación se explican objetivos por alcanzar, que bajo un esfuerzo continuo y de todos los participantes constituyan modelos sociales que favorezcan el desarrollo de actitudes críticas y reflexivas) (Núñez C, 1985).

La educación para la salud, surge como disciplina que se nutre de la salud y de la educación; y como tal no puede ser definida universal y estáticamente, sino debe de conceptualizarse en base a un contexto histórico y social determinado.

La educación, es un proceso social, cuya concepción se liga a determinantes socio históricas. Ha sido un instrumento de gran valor en la reproducción ideológica del sistema dominante, sin embargo también es considerada como un instrumento de búsqueda y consolidación de la transformación.

La forma de concebir, planear e instrumentar la educación esta determinada por elementos estructurales y superestructuras. Cada etapa histórica ha dado origen a corrientes bajo las cuales se interpreta y ejecuta la educación.

Entre dichas corrientes que interpretan la educación tenemos: La perspectiva funcionalista, la perspectiva estructural funcionalista y la teoría de la reproducción social (Solamon M, 1980).

Sin embargo varios autores coinciden en señalar que la educación es un proceso social que busca la transformación de la realidad en beneficio de la colectividad. Y esta debe considerar las siguientes características:

1. La educación es una instancia social objetiva, distinta al análisis parcial y fragmentario, que no se limita a lo pedagógico, o al estudio de las técnicas que favorecen el conocimiento, desligadas de un contexto social, limitando su atención a lo individual y negando incrementar el horizonte social.
2. La educación como fenómeno social, no reduce su accionar a la relación directa entre el educador y el educando, Ya que estos son

- solo un elemento terminal de la estructura social. Ya que sociológicamente la participación de la estructura económica, jurídico política e ideológica esta implícita.
3. Desde luego el fenómeno educativo no es una resultante fría de dichos componentes sociales, sino un factor que contribuye a su propia definición y a su interrelación, es pues resultante y condicionante a la vez de un conjunto de determinaciones sociales que definen su característica y su naturaleza.
 4. El objeto de estudio de la educación, puede abordarse como un sistema en si, cuyas relaciones interesan estudiar. Pero también como un subsistema en la cual interesan sus interrelaciones.
 5. El campo de acción de la educación rebasa la estructura escolarizada, ya que considera las actividades realizadas por los grupos primarios: familia, clases sociales etc. y los grupos secundarios: grupos políticos, grupos culturales, religiosos, etc.

A cada tipo de educación le corresponde una determinada concepción y una determinada practica de la comunicación (Freire P, 1981).

La educación que pone énfasis en los contenidos se corresponde con la educación tradicional, basada en la transmisión de los conocimientos y de los valores de una generación a otra, del profesor al alumno, de la elite instruida a las masas ignorantes.

La educación que pone énfasis en los efectos; le corresponde a la ingeniería del comportamiento y consiste esencialmente en moldear la conducta de las personas con objetivos previamente establecidos.

La educación que pone énfasis en el proceso destaca la importancia del proceso de transformación de la persona y de la comunidad. No se preocupa tanto de los contenidos a ser comunicados ni de los efectos en términos de comportamientos, cuanto de la interacción dialéctica entre las personas y su realidad; del desarrollo de sus capacidades intelectuales y de su conciencia social.

La actual situación educativa de salud en México, especialmente en nuestra región; requiere, por parte de los profesionales de la salud,

un alto nivel de responsabilidad, compromiso y una sólida fundamentación teórico y metodológica para la planeación educativa en salud.

La evaluación determina la calidad de algún aspecto del comportamiento, desempeño o condición. Para hacer esto, se debe hacer algunas observaciones, obtener información la que con frecuencia, implica la medición de los conocimientos, del comportamiento, de la presión arterial o algún otro parámetro que pueda ser cuantificado.

Una vez que los aspectos pertinentes hayan sido observados, medidos, contados, registrados, o lo que sea, entonces algún debe rendir un juicio en cuanto a la calidad o aceptabilidad. Este último paso por lo general requiere referirse a los resultados obtenidos por otros programas de naturaleza similar. Así, en términos mas precisos, las evaluaciones es “la comparación de un objeto de interés contra una norma de aceptabilidad”

Una vez que se haya determinado el objeto y el propósito de la evaluación, debe elegirse el método más práctico y eficaz. Estos son: 1) evaluación del proceso, 2) evaluación del impacto y 3) evaluación de los resultados.

En la conducción normal de la educación para la salud se evalúan una variedad de objetos con una variedad de propósitos y procedimientos.

El objeto más común, como se implica en el ejemplo anterior, es el programa total o algún aspecto importante del programa, como una unidad de estudio en particular dentro de un programa escolar; la evaluación del programa por tanto, será insistente en esta explicación. Sin embargo, la evaluación puede también estar dirigida hacia la efectividad de un instructor en particular o al desempeño de un estudiante en particular; por tanto es importante para identificar de manera clara y con exactitud quien o qué debe ser evaluado.

Fraenkel identifico tres categorías generales de evaluación: 1) diagnóstico 2) formativo y 3) de resumen (Fraenkel, 1973). En la mayor parte de las situaciones en la educación para la salud, el diagnóstico de evaluación forma parte del proceso de la “evaluación de

necesidades”. Comúnmente se aplica a los individuos o grupos como medio para determinar con alguna precisión lo que más necesitan en forma de conocimientos, cambio de actitud, cambio de comportamiento o desarrollo de habilidades. La evaluación formativa comúnmente se lleva a cabo en parte mediante la presentación de algún tipo de programa o proceso de intervención para determinar su efectividad y para identificar cualquier necesidad de ajustes a “mediados de curso”. La evaluación formativa comúnmente se lleva a cabo en parte mediante la presentación de algún tipo de programa o proceso de intervención para determinar su efectividad y para identificar cualquier necesidad de ajustes a “mediados de curso”. La evaluación sumativa tuvo lugar después que el programa este completo con fines de modificaciones de identificación necesarias, previas a su siguiente uso, o tal vez para decidir si debería o no continuarse.

Aptitud clínica; es una habilidad que el médico desarrolla mediante su experiencia al confrontarse con las diversas situaciones problematizadas que la practica clínica le ofrece. Estas situaciones son lo que en si llamaríamos un problema clínico el cual entraña toda una serie de ramificaciones e interconexiones entre lo propiamente biológico y lo psicosocial. En un intento por clarificarlo diríamos que un problema clínico es un estado de malestar físico y/o un conflicto psicológico, en una persona, en sus familiares o en ambos, generador de necesidades y objeto potencial de prevención, tratamiento y/o rehabilitación en tanto que acciones médicas.

La aptitud clínica expresa entonces una habilidad del médico para la resolución de un problema clínico, y ella estará en función del grado de conocimiento que se logre de dicho problema.

En este enfoque se parte del supuesto que toda persona es resultado de la interacción con su entorno y lo que observamos de ella nos revela características profundas del micro ambiente donde desarrolla su experiencia, tal y como se discute en este estudio. Observar directamente y registrar lo que el médico hace no basta, es preciso adentrarse en sus razones, sus apreciaciones y sus juicios y esto es, justamente, lo que se proponen los instrumentos de evaluación clínica.

Ahora entonces definamos a la aptitud clínica, la cual se refiere al mayor o menor dominio del médico para identificar situaciones problemáticas de su experiencia, de variable complejidad, donde debe discriminar y optar entre alternativas de interpretación, de decisión o de acción: diferenciar las apropiadas, oportunas, útiles o beneficiosas de las inapropiadas, extemporáneas, precipitadas, inútiles o perjudiciales. En todas estas situaciones clínicas reales pone en juego su propio criterio.

La aptitud clínica se menciona como los atributos del médico de los que dependen sus alcances para aportar el mayor beneficio posible al paciente. Bajo la perspectiva de la aptitud clínica, se distinguen cuatro enfoques a través de los cuales el clínico puede refinar y potenciar los efectos favorables de sus intervenciones: la enfermedad, el padecimiento, la calidad de vida y la iatropatogenia.

A continuación describiremos estos cuatro enfoques componentes de la aptitud clínica:

La enfermedad será vista como un modelo teórico-estadístico acerca de agrupamientos sindromáticos y/o paraclínicos, con o sin referencia de su etiología. Son una evidencia objetiva para el médico independientemente del testimonio del paciente; se refieren a realidades tangibles a los sentidos del médico, como alteración en los límites anatómicos, deformidades, heridas, tumores, etcétera.

El Padecimiento es el malestar de la persona como experiencia vivida. Se expresa principalmente como la limitación de las actividades del paciente; son procesos, experiencias, es una manifestación psicosocial que incluye actitudes, comportamientos o expresiones que testimonia el paciente o sus allegados, no es sólo la expresión del dolor, sino de sus eventos acompañantes, (angustia, miedo, culpa); este enfoque permite ubicar parte del tratamiento enfocado a la individualidad del paciente como lo paliativo, lo sintomático, la psicoterapia, etcétera, ya que éste está profundamente influido por las condiciones psicosociales que son propiamente las condiciones de vida. La cultura, las relaciones familiares, el entorno laboral dejan su importancia en la expresión del padecimiento.

La cualidad de vida corresponde en buena medida, con la situación psicosocial del paciente; sin embargo, la diferencia radica en que, para la aptitud clínica, el énfasis recae en caracterizar la individualidad del paciente-familia en cuanto a estilo de vida, tradiciones, valores, hábitos, costumbres, dinámica, vínculos, soporte de bienestar (persona, situaciones o circunstancias que constituyen o representan poderosas razones que mantienen el deseo de vivir del paciente).

Cuando el clínico incorpora a su experiencia el enfoque propio de la cualidad de vida, surgen situaciones nuevas que demandan formas inéditas de aproximación, donde la consideración de la subjetividad es decisiva; también se hacen patentes “recursos no tecnológicos” para el tratamiento, que llegan a ser clave en los resultados.

La iatropatogenia es el enfoque autocrítico por excelencia del quehacer médico. Tomar conciencia y estar alerta de la diversidad de incomodidades, malestar o daños que el propio proceso de atención—incluso con el mayor cuidado—puede ocasionar en el paciente, resulta de la mayor relevancia en los tiempos que corren donde “los arsenales” terapéuticos son mucho más poderosos—pero también más peligrosos—que antaño.

Dentro del proceso de resolución de problemas clínicos que involucra la aptitud clínica, encontramos ciertas capacidades, que para hacerlas más comprensibles se han combinado con los cuatro enfoques en nueve momentos o fases.

El primer momento se refiere a la obtención confiable de los datos clínicos. Aquí el médico será capaz de identificar y registrar los síntomas y signos claves de la enfermedad, caracterizar el malestar somático o psicológico del padecimiento, identificar su entorno familiar y social, estilo de vida y soportes de bienestar dentro de la cualidad de vida, y en cuanto a la iatropatogenia identificar estresores ambientales y evitarlos.

El segundo momento se refiere a la formulación de hipótesis diagnósticas que sean congruentes y heurísticas. Es de destacar que los

aspectos a tomar en cuenta, el sentido y el propósito de la (s) hipótesis son claramente diferentes dependiendo del enfoque. Así, desde el enfoque de la enfermedad, se centrará en el poder explicativo del cuadro clínico, en el padecimiento la categorización de la magnitud del malestar, en la calidad de vida la estimación de lo favorable y desfavorable de el entorno familiar y laboral con la anticipación a resistencias y obstáculos para el apego a el tratamiento, y en la iatropatogenia con la anticipación de probables daños al enfermo.

El tercer momento ilustra lo relativo a las decisiones diagnósticas. Aquí se abarca la capacidad del uso juicioso y ponderado de las pruebas diagnósticas. Incluye la verificación de las hipótesis planteadas de las causas de la enfermedad, el conocer los beneficios potenciales del diagnóstico temprano en el padecimiento, negociar con la familia y el enfermo las decisiones diagnósticas, y en la iatropatogenia la identificación de los riesgos implicados en los procedimientos.

En un cuarto momento se alude a los diferentes criterios que se deben tomar en cuenta para utilizar los medios diagnósticos disponibles. En cuanto a la calidad de vida, se plantea que el uso de cualquier medio se supedita a los resultados de la negociación. Es de escasa viabilidad en las condiciones actuales, donde prevalece el paternalismo y el autoritarismo del médico; se trataría de un punto de llegada de un proceso histórico donde los pacientes asuman, cada vez más, sus atribuciones y derechos. Se deberá considerar las características de cada prueba en la identificación de la enfermedad.

El quinto momento se refiere a la interpretación adecuada de los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete, con la concordancia de las hipótesis causales, la pertinente información al enfermo y sus familiares del padecimiento y de los posibles daños que se hayan producido.

En el sexto momento se confrontan los distintos criterios a considerar al tomar decisiones con fines terapéuticos, las que deberán ser oportunas y apropiadas. Aquí puede advertirse que cuando la aproximación a un paciente toma en cuenta su diversidad-integración de los cuatro enfoques-una decisión terapéutica entraña gran complejidad.

dad, pues evaluará el curso clínico de la enfermedad, la necesidad de medios paliativos, de control o de rehabilitación del padecimiento, la negociación con el enfermo y familia en busca de la mejora de su cualidad de vida, y considerar los daños o efectos secundarios del tratamiento.

El séptimo momento se ocupa del uso de los recursos terapéuticos disponibles, la cual se espera eficaz según la propia enfermedad, para controlar el malestar del padecimiento, que sea acorde a la negociación previa, y que los efectos sean menores a los beneficios encontrados.

El penúltimo momento alude a la interpretación adecuada de la evolución del paciente, después de iniciado el tratamiento, y la forma de informar, bajo la óptica de los cuatro enfoques. En esta fase del proceso, en cuanto a la enfermedad, es necesaria una ponderación cuidadosa del curso clínico, y dar prioridad a hipótesis subsecuentes bien fundadas, que nos alertan sobre una evolución desfavorable.

Finalmente, en el noveno momento se considera la actualización de las decisiones, con la capacidad de lograr una jerarquización apropiada de los problemas clínicos del enfermo. Puede requerirse, por ejemplo, mayor claridad diagnóstica, mayores elementos de juicio, sin dejar de considerar los cuatro enfoques, al decidir lo más acorde a los intereses del paciente.

Es deseable pues, que los médicos familiares comprendan los potenciales beneficios para el paciente, cuando el médico ha alcanzado elevado refinamiento y versatilidad en su aptitud clínica, en la adquisición de su conocimiento mediante la identificación y correcta ejecución de estos procesos y la interiorización de sus experiencias; siendo estos cualitativamente superiores a los que aporta aquel médico que se restringe al ámbito de las enfermedades.

Bibliografía

- Abortó Galván Cesar. Elementos de Bioestadística Addison Wesley 1986.
- Álvarez Cáceres Rafael. Estadística Multivariada y no paramétrica con SPSS. Díaz de Santos, Madrid, 1995.

- Argimon Pallas Joseph, Jiménez Villa Josep. Métodos de investigación clínica y epidemiología. 3er Edic Elsevier 2000.
- Arнау Gras Jaime. Diseños experimentales en Psicología y Educación. Trillas 1982.
- Celis de la Rosa. Bioestadística Manual Moderno, México D. F. 2004.
- Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar. Metodología de la Investigación. 2da. Edición McGrawHill. 1991.
- Martínez y Martínez Roberto. Como escribir un texto en ciencias de la salud. 2da Edición Manual Moderno, México, D. F. 2002.
- Morton Richard, Hebel Richard. Bioestadística y Epidemiología. 2da Edición Interamericana 1985.
- Riegelman Richard, Hirsh Roberto. Como escribir un estudio y probar una prueba. OPS, Washington 1992.
- Sydney Siegel. Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la Conducta. Ed. Trillas, México D. F. 1986.
- Bages, R. Factores de aprendizaje en salud y enfermedad. Rev. Española de terapia del comportamiento 1989;5(2):119-135.
- Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of cesarean sections in Latin America: Ecological study. BMJ 1999; 319:1397-1400.
- Bénague DP, Victoria CG, Barros EC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: Informed decision making, patient choice or social inequality? BMJ 2002;324:942-947.
- Bergstrom S. Who Hill do the caesarean when there is no doctor? Find creative solutions to the human resource crisis. BJOG 2005;112(9):1168-9.
- Castro A, Commentary Increase in caesarean sections may reflect medical control not women's choice. BMJ 1999;319:1397-1402.
- Fishbein M. Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to theory and Research. Massachusets: Reading, 1975:12-18.
- Flamm BC, Berwick DM, Kabcenell A. Reducing cesarean section rates safely. Birth 1998; 25:117-24.

- Freire P. Extensión o comunicación. La concientización en el medio rural. México: Siglo XXI, 1981:12-45.
- Gagnon AJ, Educación individual o en grupo para el trabajo de parto. Cochrane Oxford. 2006:3.
- Gómez Dantes O. El secuestro de Lucina. Salud Pública de Méx 2004;46:16-22.
- Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by caesarean? Soc Sci Med 2000;51:725-740.
- Horey D, Weaver J, Russell H. Information for pregnant women about caesarean birth. Cochane 2004;(1)3858.
- Kaplun Mario. El comunicador popular. Buenos Aires Editorial Hymanitas. 1990.
- Kenton K, Brincat C, Mutone M, Brubaker L. Repeat cesarean section and primary elective cesarean section: recently trained obstetrician gynecologist practice patterns an opinions. Am J Obstet Gynecologist. 2005;192(6):1872-5.
- Méndez CA. La Educación y la Comunicación en México. México: Perfiles, 1985:23-45.
- Núñez C. Educar para Transformar. Transformar para educar. México: IMDEC, 1985:12-34.
- Paterson Brown S. Controversies in management: Should doctors perform an elective caesarean sections on request? Yes, as long as the woman is fully informed. BMJ 1998; 317:463-465.
- Puentes Rosas E, Gómez Dantes O, Garrido Latorre F. Las cesareas en México. Salud Pública de Méx 2004;46:16-22.
- Sakala Mayberry LJ. Vaginal or cesarean birth? Nurs Res 2006;55:s68-74.
- Salleras SM. Educación Sanitaria. Madrid: Díaz de Santos, 1985: 98-115.
- Schumann K. Cesarean section upon request: is it appropriate for everybody? J Perinatal Med 2005; 33:465.
- Sharma G, Chervenak F, Mccullough L. Ethical Considerations in Elective Cesarean delivery. Clinical Obstetrics and Gynecology 2004; 47(2):404-408.

- Simpson KR., Ahorman KE. Obstetric conveniences: elective induction of labor, cesarean birth on demand, and other potentially unnecessary intervention. *J Perinat Neonatal Nurs* 2005;19(2): 134-44.
- Sims EJ, Newman R, Hulsey T. Vaginal birth after cesarean: to induce or not to induce. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1122-4.
- Solamon. M. Panorama de las principales corrientes de interpretación de la Educación como fenómeno social. *México Perfiles educativos* 1980;8:3-24.
- Soto LC, Teuber H, Cabrera FC, Marin NM, Cabrera JD, Dacosta SM, Araneda HC. Educación prenatal y su relación al tipo de parto. *Rev Chil Obst Ginecol* 2006; 71(2):99-103). (Wax JR, 2004.
- Stafford RS. Alternative strategies for controlling rising cesarean section rates. *JAMA* 1990; 263-7.
- Ulrich A. The integration of health education in to patient. *Care Patient Education* 1980;35:120-125. 1980.
- Universidad de Guadalajara: Curriculum y plan de estudios de la Maestría en Educación para la Salud. Guadalajara, 1984: 5.
- Vázquez Martínez D. Cuevas Álvarez L, Broker Sagastume R. La formación de personal de salud en México. Guadalajara. Programa Colaborativo de Recursos Humanos en Salud. 2005.
- Vega FL, Educación para la Salud. En: Vega FL. ed. *Bases esenciales de la Salud Pública*. 1ed. México: Prensa Médica Mexicana, 1988; 28-34.
- Walter R, Turbull D, Pratt N, Wilkinson C. The development and process evaluation of information based intervention for pregnant women aimed at addressing rates of caesarean section. *BJOG* 2005; 112(12):1605-14.
- Wax JR, Carlin A, Pinette M, Blackstone J. Patient Choice Cesarean: An Evidence Based Review. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2004;59:(8:601-612 .



APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA MUJER EN ETAPA DEL CLIMATERIO

■

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica del médico de primer contacto el segmento de atención a la mujer en edad adulta y avanzada es cada vez más importante como consecuencia de una realidad creciente, el envejecimiento poblacional.

De acuerdo con cifras y cálculos del Censo General de Población del año 2000, en la actualidad existen en la república mexicana alrededor de 11.4 millones de mujeres mayores de 35 años pero menores de 55 años de edad. Esta cifra corresponde a las mujeres en etapa de la perimenopausia y de ellas alrededor del 70% (casi 8 millones) tendrán alguna manifestación clínica. Tan solo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a nivel nacional el grupo de mujeres derechohabientes en el grupo de entre 40 a 54 años de edad al 2003 se estimó en 3,613,466 constituyendo el 7.87% del total de población femenina, mientras que en la Delegación Jalisco el mismo grupo etareo para ese mismo año se estimó en 533,722 constituyendo el 8.03% de la población femenina. Con las tendencias de la estructura poblacional hacia un incremento en la proporción de los grupos etareos de mayor edad esto quiere decir que en un futuro próximo 1 de cada 10 mujeres derechohabientes estará en etapa de la perimenopausia.

Según datos de la Coordinación de Salud Reproductiva del IMSS de la encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente en 1998, el porcentaje de mujeres de 40 a 54 años que presento algún síntoma climatérico y acudió con un médico como consecuencia fue del 55%.

Si bien es cierto que no toda mujer en esta etapa de la vida identificara alguna manifestación específica de la perimenopausia como causa de su malestar, los cambios psíquicos y biológicos propios de esta etapa habrán de impactar profundamente a la mujer no solo en lo individual sino en lo familiar, social y laboral y es aquí que el médico de primer contacto tendrá la oportunidad de brindar una atención profesional orientada a conservar el estado de salud con calidad de vida de la mujer en la perimenopausia.

La educación médica continua es una de las prioridades que dentro del IMSS se tiene como estrategia para garantizar los mejores niveles de calidad en la atención a los derechohabientes por parte del personal médico. Sin embargo, dentro del proceso de planeación y evaluación de este proceso educativo es necesario que existan medios adecuados para acercarnos al conocimiento de cómo se desempeña la práctica clínica del médico.

En el caso del climaterio, dentro del IMSS existen antecedentes en el desarrollo de programas educativos encaminados a capacitar al médico de primer nivel en la atención de la mujer en etapa de climaterio y de evaluar los resultados de esta actividad educativa mediante instrumentos de evaluación. Sin embargo, esto no se ha realizado desde la perspectiva de la aptitud clínica, la cual consideramos es una estrategia más pertinente de la evaluación educativa desde el punto de vista de que nos permite evaluar el ejercicio clínico del médico como una habilidad compleja para enfrentar situaciones problematizadas de la práctica clínica. Es así, que consideramos que si se han de planear estrategias de intervención educativa que habrán de desarrollar esta aptitud clínica en el médico de primer nivel es necesario desarrollar un instrumento que nos permita evaluar esta

habilidad y conocer además cual es la aptitud clínica de los médicos de primer nivel en la atención de la mujer en esta etapa.

Nuestra pregunta de investigación fue la siguiente:

¿Cuál es la aptitud clínica de los médicos familiares de la zona metropolitana de la ciudad de Guadalajara en la mujer en etapa del climaterio?

ANTECEDENTES

Las primeras menciones sobre la mujer en la etapa de la postmenopausia se hallan en el libro del Génesis y en el pasaje de la historia de Abraham y Sara, quienes reciben la visita de tres Ángeles que le prometen la posibilidad de recuperar la fertilidad perdida.

El Corpus Hippocraticum se refiere en forma ambigua, en el tratado sobre la naturaleza de la mujer, a un cuadro de amenorrea que tanto podría corresponder al climaterio, como a una amenorrea instalada durante la etapa fértil.

Recién en el Papiro Egipcio de Ebers de la Dinastía XVIII (1400 a.C.) en el fragmento 833, se hace referencia precisa a la menopausia y a las sensaciones de calor comparables a los bochornos o sofocos.

Durante la edad media, las descripciones sobre la menopausia, fueron escasas y esporádicas. Se menciona en general a los ancianos, que en realidad no superaban los 40 años.

Las sociedades feudales, destacaron una noción desfavorable de la mujer menopáusica. Por ejemplo las indemnizaciones por la muerte de una mujer embarazada podía llegar a ser mayor o igual a la de un soldado, pero si esta era posmenopáusica, la suma disminuía hasta hacerse casi nula.

A partir del siglo XIV la mujer posmenopáusica, paso a ser considerada, la imagen de lo marchito y la decrepitud. La poesía francesa fue despiadada en la descripción de los cambios corporales de la mujer, sobre todo con los órganos relacionados con la procreación. Así lo hicieron en el siglo XIV, Jean Le Fevre, en su retrato de “La Bella

de antaño” y en el siglo XV Deschamps en el “Lamento de una vieja sobre asuntos de la juventud”.

Las expresiones de la pintura renacentista, realizadas por Leonardo, procuraban representar el paso del tiempo; Giogione con su “Laura la vieja”; y Quintín Metsys con “La Duquesa fea”; ilustraron a la mujer menopáusica y al hombre en la vejez.

Todas las descripciones tanto literarias como pictóricas de fines de la Edad Media y el Renacimiento identificaron a la mujer menopáusica con el aspecto claro de la bruja. Se le atribuyó a la mujer “vieja” propiedades maléficas, por lo que era odiada, y al mismo tiempo respetada y consultada por el saber acumulado a través de los años, sobre enfermedades, amores, remedios, pócimas, y venenos. Un ejemplo de ello se refleja en la Celestina de la literatura española y la vieja Cañizares de “El Coloquio de los perros” de Cervantes.

En 1776 el inglés Fotherhill, sugiere que el retiro de la menstruación podría ser de origen iatrogénico.

En 1816 y 1821, De Gardanne, identifica por primera vez en forma científica el término “Menopausia”, el momento del cese menstrual.

Durante el decenio de 1920, los médicos identificaron a la última menstruación (menopausia) con el cese de la producción de estrógenos por el ovario. Alrededor de la década de 1940 los investigadores demostraron que los síntomas concomitantes con la menopausia podían aliviarse con tratamiento con estrógenos.

En 1941, Albright y su grupo describieron la osteoporosis de la postmenopausia y sugirieron que podía ser tratada con estrógenos. En 1960 se introducen técnicas de medición de la densidad ósea con las que se demostró que inmediatamente posterior a la menopausia la mujer pierde hueso en aproximadamente 2 a 3% en el radio y 5% en la columna vertebral.

En la década de 1970, los estudios clínicos demostraron que la terapia con estrógenos podía prevenir esta pérdida. Así, la osteoporosis se convirtió en la enfermedad posmenopáusica de los años 80 y el enfoque de su tratamiento se cambió por el de una estrategia preventiva.

De esta forma, el conocimiento acumulado hasta la actualidad de numerosas investigaciones relacionadas al climaterio se vino sistematizando cada vez mas, dando lugar a la formación de organismos dedicados exclusivamente a su estudio y a la divulgación tanto al personal de salud como la sociedad en general de los resultados en las investigaciones mas recientes. Tal es el caso de la Asociación Norteamericana de Climaterio (NAMS por sus siglas en ingles) en los Estados Unidos y de la Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio en nuestro país (AMEC).

En México como en todos los países el interés por atender los problemas de salud relacionados al climaterio y la postmenopausia ha sido creciente, en buena medida por la necesidad de afrontar las demandas de un segmento de la población femenina de 45 y mas años que a la par de la transición demográfica cada vez mas ocupa una mayor proporción en la población total.

Así, para el periodo de gobierno de 1995-2000 dentro del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar se estableció como una prioridad, la generación de estrategias y acciones destinadas a la mujer en climaterio dentro de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

Como consecuencia de lo anterior, en 1998 en el IMSS se elaboro la Norma para la Atención del Climaterio y la Prevención de las Complicaciones de la Menopausia en Medicina Familiar.

Recientemente en el mes de septiembre de 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana (NOM-035-SSA2-2002) "Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica.

En congruencia con la política nacional en salud, dentro del IMSS la atención de la mujer en climaterio es una de las prioridades de la Coordinación de Salud Reproductiva y desde ella se impulsa el funcionamiento de clínicas especializadas en climaterio y en conjunto con la Coordinación de Educación en Salud actividades de educa-

ción continua para el personal de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención.

La aptitud clínica es una propuesta teórica que de manera sucinta diríamos pretende explicar el ejercicio clínico del médico como una habilidad compleja a través de la cual habrá de abordar pertinentemente los problemas clínicos y establecer estrategias de intervención adecuadas a su propio contexto y el del paciente. Esta perspectiva ha sido desarrollada desde hace varios años por el Dr. Viniegra actual Jefe de la Coordinación Nacional de Educación en Salud del IMSS y ha sido implementada en diversos estudios de investigación educativa que pretenden reconstruir el ejercicio clínico de los médicos. Lo anterior principalmente como parte de la función esencial de investigación que se lleva a cabo en los Centros de Formación Docente e Investigación Educativa (CEFDIE) del IMSS.

Como antecedentes de esta línea de investigación educativa tenemos por ejemplo: “Competencia y desempeños clínicos en Diabetes” Sabido M; Viniegra L, *RevInvClin* 1998; 50: 211-6

“Evaluación de la Aptitud Clínica de Médicos Residentes de Medicina Física y Rehabilitación” Rivera D; Aguilar E, Viniegra L, *RevInvClin* 1998: 50: 341-6

“Competencia Clínica del Médico Familiar en Hipertensión Arterial Sistémica” García A; Viniegra L, *RevInvClin* 1999: (51): 93-98.

“Instrumento para Evaluar Aptitud Clínica en Anestesiología” Pantoja M, Barrera J, *RevMedIMSS*, 2003; 41 (1): 15-22

“Aptitud clínica en el manejo de familia en residentes de medicina familiar” Chávez V, Aguilar E, *RevMedIMSS* 2002; 40 (6): 477-481.

“Aptitud Clínica del médico familiar para el manejo nutricional del paciente diabético” Gutiérrez E, Cabrera C, Gdl, Jal., inédito.

El climaterio es un proceso que cambia a lo largo del tiempo, al igual que sus manifestaciones. Es importante recordar que no es un suceso aislado, sino un hecho que está relacionado con otros sistemas y puede ser susceptible de modificarse, por lo cual existen oca-

siones en las que un paciente que esta recibiendo terapia hormonal de reemplazo atravesase por circunstancias que obliguen a modificar o suspender el tratamiento o, incluso, a enviar a la paciente con otro especialista.

JUSTIFICACIÓN

Cada época en la historia de la humanidad ha vivido sus “Grandes transformaciones” y en el campo de la salud una que es muy actual es la denominada transición demográfica. Esta implica un cambio en la distribución de los grupos etarios que componen la población, de tal manera que como consecuencia de la prolongación en la expectativa de vida los grupos etarios de mayor edad cada vez ocupan una proporción mayor del total de la población. Esto es particularmente cierto en el caso de la mujer cuya expectativa de vida se ha caracterizado por ser mayor a la del hombre, y que podemos comprobar cuando analizamos la esperanza de vida al nacer de los mexicanos en 1921 (década en que inicio el descenso de la mortalidad) que fue de 32 años (31.3 para los hombres y 32.3 para las mujeres) con la del año 2000 de 75.3 años (73.1 y 77.6 respectivamente). Este cambio en la estructura demográfica trae consigo importantes desafíos para la atención en los servicios de salud, y uno de ellos es la atención a la mujer de edad media y avanzada, entre lo cual destaca el hecho de que cada vez mas la mujer alcanza el tiempo de la menopausia y al hacerlo transcurre por un periodo de importantes cambios biológicos, sociales, familiares, psicológicos y sexuales atravesando por el periodo del climaterio.

En nuestro país, diversos estudios han situado a la menopausia alrededor de los 48 años con límites entre los 40 a 55 años, lo cual significa que después de esta la mujer vivirá en promedio 30 años más. Esto nos plantea la necesidad de establecer estrategias adecuadas para abordar en forma integral las necesidades de salud de la mujer en este periodo de transición del climaterio.

A este respecto, se han hecho numerosos esfuerzos en diversas partes del mundo y en nuestro país, por entender mejor las implicaciones que conlleva esta etapa en la vida de la mujer y decidir estrategias de intervención que brinden una atención integral a sus necesidades de salud. Es así, que para el periodo de gobierno presidencial 1995-2000 dentro del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar se estableció, dentro de sus prioridades, la generación de estrategias y acciones destinadas a la atención de la mujer durante este periodo por parte de las instituciones y dependencias que conforman el Sistema Nacional de Salud. Como consecuencia de lo anterior, en 1998 en el IMSS se elaboró la Norma para la Atención del Climaterio y la Prevención de las Complicaciones de la Menopausia en Medicina Familiar y por otro lado recientemente en septiembre de 2003 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana (035-SSA2-2002) "Prevención y Control de Enfermedades en la Perimenopausia y Postmenopausia de la Mujer, Criterios para brindar la Atención Médica".

En este contexto, en el IMSS se han implementado diversas iniciativas de educación continua orientadas a la actualización y capacitación del personal médico tanto familiar y no familiar para la atención del climaterio. Y por otro lado, reconociendo la relevancia que la actividad educativa tiene para elevar la calidad de la atención médica se hace necesaria la realización de investigación educativa que nos permita comprender como se está desarrollando este proceso educativo dentro de la institución, detectar necesidades en la formación docente, el desarrollo de habilidades de reflexión, crítica y autocrítica en el ejercicio profesional el cual incida en la elaboración del conocimiento y el desarrollo de la aptitud clínica para el abordaje integral de los problemas clínicos que la práctica cotidiana le plantea. Considerando la necesidad de conocer cual es el conocimiento que el médico aplica al enfrentar la mujer en etapa del climaterio y dado que no se han realizado estudios previos que aborden este problema desde la perspectiva de la aptitud clínica, a través de esta investigación se pretende conocer cual es la aptitud clínica del médico

familiar en el manejo del síndrome climatérico desde una perspectiva de la habilidad de crítica ante situaciones clínicas problematizadas que le permitan hacer primero, un diagnóstico adecuado de los determinantes del problema clínico que enfrenta y luego hacer propuestas pertinentes orientadas a la preservación y cuidado de la salud de la paciente en etapa climatérica. Lo anterior, mediante la aplicación de un instrumento de evaluación de la aptitud clínica en el manejo del síndrome climatérico a médicos familiares que laboran en las unidades de medicina familiar de la zona metropolitana de la ciudad de Guadalajara.

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar la aptitud clínica de los médicos familiares de la zona metropolitana de Guadalajara en la mujer en etapa del climaterio.

Objetivos Específicos:

- Conocer el nivel de aptitud clínica del médico familiar en la mujer en etapa del climaterio a través de un instrumento estructurado, codificado y validado para tal propósito.
- Conocer los niveles de aptitud clínica obtenidos según cinco indicadores de la aptitud clínica: identificación de factores de riesgo, reconocimiento de datos clínicos y paraclínicos, integración diagnóstica, uso de medidas diagnósticas y uso de medidas terapéuticas.
- Determinar las diferencias en la aptitud clínica entre las diferentes Unidad Médica Familiar.
- Determinar si hay diferencias en la aptitud clínica entre médicos con grado de especialista en medicina familiar y médicos sin algún grado de especialidad (médico general).
- Determinar si hay diferencias en la aptitud clínica entre médicos con grado de especialista en medicina familiar y médicos no familiares con otras especialidades.

- Determinar si hay diferencias en la aptitud clínica observada entre médicos familiares especialistas certificados y no certificados
- Determinar si hay diferencia en la aptitud clínica según el género
- Determinar si hay diferencias en la aptitud clínica entre médicos con curso previo en climaterio en los últimos cinco años y los que no cuentan con algún curso.
- Determinar si hay diferencias en la aptitud clínica según tipo de contrato de los médicos de base o eventuales.
- Determinar si hay diferencias en la aptitud clínica de acuerdo al turno laboral, matutino o vespertino.
- Determinar si hay diferencias en la aptitud clínica para cada uno del cinco indicadores evaluados y por cada variable independiente considerada: tipo de especialidad, certificación como médico familiar, género, curso previo en climaterio, tipo de contrato y turno laboral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio: Observacional, Transversal y Analítico.

Universo de estudio: Médicos Familiares (MF) UMF de la zona metropolitana de Guadalajara.

Muestra: Selección por conveniencia de cinco UMF de la zona metropolitana de Guadalajara no expuestas previamente a estudios de aptitud clínica y que contaran con jefe de departamento de educación e investigación en salud y en ellas muestra censal de los médicos familiares que cumplieran los criterios de inclusión. Las UMF incluidas en este estudio fueron las UMF2, UMF48, UMF52, UMF54, y UMF92.

Criterios de Inclusión:

- Ser médico adscrito en la UMF con categoría de médico familiar
- Contar con población derechohabiente a su cargo en consulta externa
- Aceptar participar en el estudio

- Estar presente en la UMF el día de aplicación del instrumento de Aptitud Clínica

Criterios de No-Inclusión:

- Médico adscrito a la UMF sin funciones de atención a población derechohabiente en consulta externa
- Médico adscrito a servicios de Urgencias
- No aceptar participar en el estudio
- No estar presente en la UMF el día de la aplicación del instrumento de Aptitud Clínica

Criterios de Exclusión:

- Haber llenado en forma incompleta el instrumento de aptitud clínica

Variable Dependiente:

- Aptitud clínica del médico familiar en la mujer en etapa del climaterio

Variables Independientes:

- Unidad de adscripción
- Médico sin grado de especialista
- Médico especialista en medicina familiar
- Médico especialista no familiar
- Médico certificado como médico familiar
- Curso previo en climaterio
- Sexo
- Tipo de contrato
- Turno laboral

Instrumento: Durante cinco meses se participo en el VI Diploma Metodológico en Docencia Nivel I del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Jalisco (CIEFD), durante el cual se elaboro un instrumento de evaluación de la aptitud clínica en la mujer

en etapa del climaterio el cual fue validado con ronda de cuatro expertos en climaterio, especialistas en medicina familiar y con reconocido trayecto académico en el IMSS. Para los aspectos técnicos de su construcción se conto con la asesoría de dos de los maestros del CIEFD con experiencia en la construcción de este tipo de instrumentos. Para aspectos relacionados al contenido también se obtuvo la asesoría de dos médicos especialistas en ginecoobstetricia y expertos en climaterio. Hay que aclarar que para el proceso de validación solo participaron médicos familiares que aportaron las críticas más valiosas para el propósito de un instrumento orientado a médicos del primer nivel de atención. La validación se considero cuando hubo congruencia entre los jueces de cuatro de cuatro o tres de cuatro. El instrumento final se compone de 108 enunciados en total.

Recolección: Se presento el proyecto ante el director y jefe de educación médica de cada unidad y a través del departamento de educación se convoco a los médicos para participar contestando el instrumento de evaluación.

Análisis estadístico: En base al cálculo de las medianas y sus rangos para las diferentes calificaciones obtenidas se utilizo la U de Mann Whitney para la comparación entre las variables y la prueba de Kruskal Wallis para identificar las diferencias entre las unidades de medicina familiar.

Para el cálculo de las calificaciones explicables por efecto del azar se utilizo la formula de Pérez-Padilla y en base a ello se clasifíco la aptitud clínica en cinco niveles: muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto.

Se utilizó el paquete estadístico Epi-Info versión 3.2.2, 2004.

APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA MUJER EN ETAPA DEL CLIMATERIO

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Tipo de variable	Dimensión	Escala de medición
Aptitud clínica	Es una capacidad compleja que le permite al médico familiar, enfrentar situaciones problemáticas de variable grado de complejidad de la experiencia clínica, en la que se pondrá en juego el criterio propio para decidir por la mejor alternativa de interpretación y de acción en cada caso en particular.	Cualitativa	*Factores de Riesgo *Reconocimiento de datos clínicos *Integración Dx *Uso de Medios Dx *Uso de medidas terapéuticas	Ordinal
Médico No Especialista	Médico con título de médico general, sin grado de especialista	Cualitativa	Grado académico	Nominal
Médico especialista en MF	Médico con grado de especialista en medicina familiar	Cualitativa	Grado académico	Nominal
Médico especialista no MF	Médico con grado de Especialista en alguna área diferente a la MF	Cualitativa	Grado académico	Nominal
Médico certificado como MF	Médico especialista en MF que se encuentre con certificación actualizada por un consejo acreditado de MF, ya sea de Jalisco o de otro estado en el país	Cualitativa	Grado académico	Nominal
Curso previo en climaterio	Curso previo formal en climaterio de cuando menos 16 hrs. valor curricular en los últimos cinco años.	Cualitativa	Educación médica continua	Nominal
Turno laboral	Turno de adscripción del médico, ya sea matutino o vespertino	Cualitativa	Ambiente laboral	Nominal
Tipo de contrato	Contrato del médico como base o como eventual	Cualitativa	Status laboral	Nominal
Unidad de adscripción	Unidad de medicina familiar en la que se encuentra adscrito el médico familiar	Cualitativa	Ambiente laboral	Nominal
Sexo	Masculino o femenino	Cualitativa	Género	Nominal

RECURSOS

Humanos: Los investigadores y los médicos familiares de las unidades de medicina familiar participantes.

Recursos materiales: Instrumentos de evaluación de aptitud clínica, computadora, lápices, plumas, cartuchos de tinta, transporte.

Presupuesto: Será aportado por el investigador.

ASPECTOS ÉTICOS

Acorde a las características del presente trabajo de investigación, se cumple con los artículos 13, 14, 17, y 23 de la Ley General de Salud que están en relación a las consideraciones éticas del mismo. Se clasifica, según el Art. 17, como tipo I. Investigación sin riesgos, ya que no se llevará a cabo ninguna intervención que modifique variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los participantes, pues nuestros métodos de investigación serán de investigación documental mediante cuestionarios.

RESULTADOS

Después de visitas programadas a las unidades de medicina familiar incluidas en el estudio se lograron encuestar un total de 78 médicos. En la tabla 1 se muestra la distribución de la muestra según unidad de medicina familiar y el estimado proporcional correspondiente. Cabe mencionar que en ninguna de las unidades se logro encuestar la totalidad de los médicos, esto debido principalmente a la falta de respuesta de muchos de los médicos para participar contestando el instrumento.

APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA MUJER EN ETAPA DEL CLIMATERIO

Tabla 1
Distribución de la Muestra según la Unidad de Medicina Familiar (UMF)

Unidad	F	%
2	13	16.7
48	24	30.8
52	5	6.4
54	17	2.7
92	19	24.4
Total	78	100

Tabla 2
Características generales de la Muestra

Variables	UMF 2		UMF 48		UMF 52		UMF 54		UMF 92		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Especialidad												
MF	9	69.2	20	83.3	2	40.0	9	52.9	12	63.2	52	66.7
MG	4	30.8	4	16.7	3	60.0	6	35.3	7	36.8	24	30.8
UMQ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	11.8	0	0.0	2	2.6
Certificación												
NO	4	44.4	7	35.0	0	0.0	3	33.3	6	50.0	20	38.5
SI	5	55.6	13	65.0	2	100.0	6	66.7	6	50.0	32	61.5
Curso previo												
No	9	100.0	18	90.0	2	100.0	6	66.7	12	100.0	69	88.5
SI	0	0.0	2	10.0	0	0.0	3	33.3	0	0.0	9	11.5
Sexo												
Femenino	8	61.5	10	41.7	1	20.0	6	35.3	7	36.8	32	41.0
Masculino	5	38.5	14	58.3	4	80.0	11	64.7	12	63.2	46	59.0
Tipo de contratación												
Base	12	92.3	21	87.5	2	40.0	15	88.2	18	94.7	68	87.2
Eventual	1	7.7	3	12.5	3	60.0	2	11.8	1	5.3	10	12.8
Turno												
Matutino	8	61.5	11	45.8	2	40.0	12	70.6	13	68.4	46	59.0
Vespertino	5	38.5	13	54.2	3	60.0	5	29.4	6	31.6	32	41.0

*Se consideró la certificación sólo en médicos con especialidad en medicina familiar

En la tabla 2 se muestran las características generales de la muestra en la cual se describe la frecuencia absoluta y relativa para cada variable independiente estudiada por unidad de medicina familiar encuestada y las mismas frecuencias globales del total de la muestra. De acuerdo a la especialidad, la mayoría de los médicos fueron especialistas en medicina familiar contando con 52 (66.7%), teniendo en segundo lugar a los médicos generales con 24 (30.8%), de los médicos de otras especialidades participaron dos médicos con especialidad en urgencias médico quirúrgicas conformando el 2.6% del total.

En el rubro de certificación fueron considerados médicos con la especialidad en medicina familiar, es decir 52, de estos 32 (61.5%) estaban certificados. Del total de la médicos 69 (88.5%) no había recibido un curso previo en climaterio, mientras solo 9 (11.5%) si habían cursado alguno. Es de notar que los médicos que habían recibido un curso previo en climaterio pertenecieron a las unidades 48 y a la 54, en esta ultima el curso organizado por su mismo jefe de educación e investigación en salud.

De acuerdo al genero se encuestaron mas hombres que mujeres, 46 (59%) y 32 (41%) respectivamente.

Según tipo de contrato participaron como médicos de base 68 (87.2%) y como médicos eventuales 10 (12.8%). En cuanto al turno laboral 46 (59%) fueron del turno matutino y 32 (41%) del turno vespertino.

Tabla 3
Resultados. Clasificación de la aptitud clínica de los médicos por niveles, de acuerdo a la calificación global y número de respuestas explicables por efecto del azar

Nivel de aptitud clínica	Unidad	F	%
Muy alto	91 a 108	0	0.0
Alto	73 a 90	0	0.0
Medio	55 a 72	0	0.0
Bajo	38 a 54	7	9.0
Muy bajo	21 a 37	22	28.2
Explicable por el azar	0 a 20	49	62.8
	Total	78	100.0

En la tabla 3 se muestra la aptitud clínica de los médicos por niveles de acuerdo a las calificaciones de toda la muestra y en base al cálculo de las respuestas explicables por efecto del azar de Pérez-Padilla. Se observa que la mayoría de los médicos cayo en la categoría de lo explicable por azar 49 (62.8%) y en segundo lugar se ubicaron en el nivel muy bajo con 22 (28.2%) médicos en dicha categoría; el resto de médicos se situó en el nivel bajo 7 (9%). Ni un médico se situó en el nivel medio, alto o muy alto.

Tabla 4
Resultados. Mediana por Indicador y Global con puntuación porcentual respectiva para cada rubro

	Enunciados	Mediana (rango)+	Puntuación %
Reconocimiento de factores de riesgo	24	2 (-10 a 20)	8.3
Reconocimiento de indicadores clínicos y paraclínicos	15	5 (-7 a 15)	33.3
Integración diagnóstica	21	4.5 (-3 a 15)	21.4
Uso global de recursos diagnósticos	23	1 (-9 a 15)	4.3
Uso global de recursos terapéuticos	25	3 (-9 a 15)	12.0
Puntuación global	108	17 (-17 a 51)	15.7

* Enunciados totales en cada indicador y puntuación máxima alcanzable en cada uno +=< 0.01 (valor para las diferencias entre indicadores).

En la tabla 4 se describen la mediana por indicador y el global de la muestra, además se presenta la puntuación en porcentaje de cada mediana en relación a la puntuación máxima alcanzable en cada rubro, es decir, según los enunciados totales respectivos a cada uno. La mediana global fue de 17 con un rango de -17 a 51 que muestra los extremos de las calificaciones obtenidas y que en porcentaje equivale a 15.7%. De los cinco indicadores evaluados el de reconocimiento de indicadores clínicos y para clínicos fue el que obtuvo la mejor puntuación con una mediana de 5 (-7 a 15) correspondiente a un

33.3% de la calificación alcanzable en el mismo. En segundo lugar estuvo el indicador de integración diagnóstica con una mediana de 4.5 (-3 a 15) y 21.4% de la máxima calificación alcanzable. Enseguida estuvo el indicador de uso global de recursos terapéuticos con una mediana de 3 (-9 a 15) que correspondió a un 12% de la máxima calificación alcanzable. En cuarto lugar se ubicó el indicador de reconocimiento de factores de riesgo con una mediana de 2 (-10 a 20) y una puntuación en porcentaje respectiva de 8.3%. Al final se ubicó el indicador de uso global de recursos diagnósticos con una mediana de 1 (-9 a 15) y puntuación respectiva de 4.3%. Las diferencias entre las medianas de los indicadores se encontraron estadísticamente significativas, $p = < 0.01$, (Kruskal Wallis).

Tabla 5
Resultados. Mediana global y por Indicador según UMF

	Enunciados	UMF 2 mediana (rango)	UMF 48 mediana (rango)	UMF 52 mediana (rango)	UMF 54 mediana (rango)	UMF 92 mediana (rango)	KW
Global	108	13 (-6 a 39)	21 (-17 a 51)	8 (-6 a 31)	15 (-8 a 46)	18 (-4 a 42)	$p=0.2741$
Factores de Riesgo	24	0 (-8 a 6)	2 (-8 a 20)	0 (-4 a 6)	2 (-10 a 12)	2 (-8 a 10)	$p=0.6099$
Datos Clínicos	15	7 (1 a 12)	5 (-7 a 13)	3 (-1 a 13)	5 (-1 a 11)	5 (-7 a 15)	$p=0.9281$
Integración Diagnóstica	21	3 (-1 a 5)	7 (-2 a 15)	1 (-1 a 7)	5 (-2 a 9)	5 (-3 a 9)	$p=0.015$
Medidas Diagnósticas	23	1 (-7 a 7)	-1 (-9 a 15)	-1 (-5 a 9)	-1 (-7 a 7)	2 (-4 a 13)	$p=0.1658$
Medidas Terapéuticas	25	2 (-9 a 14)	7 (-3 a 15)	1 (-7 a 10)	3 (-5 a 11)	3 (-4 a 13)	$p=0.1265$

En la tabla 5 se presenta las calificaciones obtenidas en cada indicador mediante las medianas y rangos según las cinco unidades de medicina familiar estudiadas. Encabezando las calificaciones de cada unidad de medicina familiar por indicadores se muestra la calificación global para la unidad respectiva. En la segunda columna antes de las calificaciones por unidad se muestra los enunciados totales que componen al instrumento completo y a cada indicador. Para la UMF

2 la mediana global fue de 13 (-6 a 39), para la UMF 48 de 21 (-17 a 51), en la UMF 52 de 8 (-6 a 31), en la UMF 54 de 15 (-8 a 46) y en la UMF 92 de 18 (-4 a 42), ($p= 0.2741$). En lo correspondiente al indicador de factores de riesgo con 24 enunciados totales, la mediana para la UMF 2 fue de 0 (-8 a 6), para la UMF 48 fue de 2 (-8 a 20), en la UMF 52 de 0 (-4 a 6), en la UMF 54 de 2 (-10 a 12) y en la UMF 92 de 2 (-8 a 10), ($p= 0.6099$). En lo que se refiere al indicador de datos clínicos compuesto por 15 enunciados, la mediana para la UMF 2 fue de 7 (1 a 12), para la UMF 48 de 5 (-7 a 13), en la UMF 52 de 3 (-1 a 13), en la UMF 54 de 5 (-1 a 11) y en la UMF 92 de 5 (-7 a 15), ($p= 0.9281$). En el indicador de integración diagnóstica con 21 enunciados totales, la mediana fue en la UMF 2 de 3 (-1 a 5), en la UMF 48 de 7 (-2 a 15), en la UMF 52 de 1 (-1 a 7), en la UMF 54 de 5 (-2 a 9) y en la UMF 92 de 5 (-3 a 9), en este indicador las diferencias fueron estadísticamente significativas, (**$p= 0.015$**). En el indicador de medidas diagnósticas con un total de enunciados de 23 la mediana para la UMF 2 fue de 1 (-7 a 7), en la UMF 48 de -1 (-9 a 15), en la UMF 52 de -1 (-5 a 9), en la UMF 54 de -1 (-7 a 7) y en la UMF 92 de 2 (-4 a 13), ($p= 0.1658$). En el indicador de medidas terapéuticas con 25 enunciados en total, la mediana en la UMF 2 fue de 2 (-9 a 14), en la UMF 48 de 7 (-3 a 15), en la UMF 52 de 1 (-7 a 10), en la UMF 54 de 3 (-5 a 11) y en la UMF 92 de 3 (-4 a 13), ($p= 0.1265$).

Tabla 6.
Resultados. Mediana global y por Indicador según especialidad

	Enunciados	Med. Familiar mediana (rango)	Med. General mediana (rango)	Urg. Med. Quir. mediana (rango)	U de MW
Global	108	19.5 (-6 a 51)	13.5 (-17 a 39)	4.5 (4 a 5)	p=0.0658
Factores de Riesgo	24	2 (-8 a 20)	0 (-8 a 6)	-7 (-10 a -4)	p=0.0188
Datos Clínicos	15	5 (-7 a 13)	5 (-5 a 15)	2 (1 a 3)	p=0.1609
Integración Diagnóstica	21	5 (-3 a 15)	2.5 (-2 a 9)	4.5 (3 a 6)	p=0.0058
Medidas Diagnósticas	23	1 (-8 a 15)	0 (-9 a 11)	-4 (-7 a -1)	p=0.3707
Medidas Terapéuticas	25	4 (-9 a 15)	3 (-4 a 13)	4.5 (-2 a 11)	p=0.0972

En la tabla 6 se presentan las medianas para cada indicador y según la especialidad del médico. Igual que en el cuadro previo antes de las columnas de las medianas los enunciados totales para cada indicador. En la fila de calificación global, la mediana para médicos con especialidad en medicina familiar (MF) fue de 19.5 (-6 a 51), para los médicos generales (MG) fue de 13.5 (-17 a 39) y en aquellos especialistas en urgencias médico quirúrgicas (UMQ) fue de 4.5 (4 a 5), (p= 0.0658), para el indicador factores de riesgo en médicos con especialidad en MF la mediana fue de 2 (-8 a 20), para los MG fue de 0 (-8 a 6) y en aquellos con UMQ fue de -7 (-10 a -4), en este indicador la diferencia fue estadísticamente significativa, **p= 0.0188**. Para la identificación de datos clínicos en especialistas en MF la mediana fue de 5 (-7 a 13), en los médicos generales de 5 (-5 a 15) y para UMQ de 2 (1 a 3), (p= 0.1609). En el indicador de integración diagnóstica en MF la mediana fue de 5 (-3 a 15), en MG fue de 2.5 (-2 a 9) y en UMQ 4.5 (3 a 6), en este rubro la diferencia fue estadísticamente significativa, **p= 0.0058**, para el indicador de medidas diagnósticas en MF la mediana fue de 1 (-8 a 15), en MG de 0 (-9 a 11) y para UMQ de -4 (-7 a -1), p= 0.3707. En cuanto al indicador de medidas terapéuticas para MF la mediana fue de 4 (-9 a 15), para MG de 3 (-4 a 13) y para UMQ de 4.5 (-2 a 11), (p= 0.0972).

Tabla 7.
Mediana global y por Indicador según Curso Previo en Climaterio

	Enunciados	Con curso previo mediana (rango)	Sin curso previo mediana (rango)	U de MW
Global	108	11 (-6 a 51)	17 (-17 a 48)	p=0.4432
Factores de Riesgo	24	-5 (-10 a 20)	2 (-8 a 12)	p=0.1592
Datos Clínicos	15	5 (-1 a 10)	5 (-7 a 15)	p=0.8314
Integración				
Diagnóstica	21	6 (1 a 9)	4 (-3 a 15)	p=0.3096
Medidas				
Diagnósticas	23	1 (-7 a 15)	1 (-9 a 13)	p=0.9686
Medidas Terapéuticas	25	3 (-5 a 11)	3 (-9 a 15)	p=0.9188

En la tabla 7 se presentan las medianas global y por indicador según los médicos hubiesen tenido algún curso previo en climaterio en los últimos cinco años. En la calificación global los médicos con curso previo (CP) mostraron una mediana de 11 (-6 a 51) y en aquellos sin curso previo (SCP) la mediana fue de 17 (-17 a 48), (P= 0.4432). En el indicador factores de riesgo para aquellos con CP la mediana fue de -5 (-10 a 20), mientras SCP fue de 2 (-8 a 12), (p= 0.1592). Para la identificación de datos clínicos la mediana en quienes tuvieron CP fue de 5 (-1 a 10) y SCP de 5 (-7 a 15), (p= 0.8314). Para el de integración diagnóstica la mediana CP fue de 6 (1 a 9) y SCP de 4 (-3 a 15), (p= 0.3096). En el de medidas diagnósticas la mediana teniendo CP fue de 1 (-7 a 15) y SCP de 1 (-9 a 13), (p= 0.9686). Para el indicador de medidas terapéuticas la mediana con CP fue de 3 (-5 a 11) y SCP de 3 (-9 a 15), (p= 0.9188).

Tabla 8.
Mediana global y por indicador según genero

Enunciados	Femenino mediana (rango)	Masculino mediana (rango)	U de MW	
Global	108	18.5 (-6 a 46)	14 (-17 a 51)	p=0.1489
Factores de Riesgo	24	3 (-7 a 10)	1 (-10 a 20)	p=0.1279
Datos Clínicos	15	7 (-7 a 12)	3 (-7 a 15)	P=0.0018
Integración Diagnóstica	21	5 (-3 a 10)	4 (-3 a 15)	p=0.8179
Medidas Diagnósticas	23	1 (-7 a 7)	-1 (-9 a 15)	p=0.1553
Medidas Terapéuticas	25	3 (-9 a 15)	3 (-5 a 13)	p=0.7176

En la tabla 8 se muestran las calificaciones mediante medianas en global y por indicador según el genero femenino (F) o masculino (M). En la calificación global la mediana para el genero F fue de 18.5 (-6 a 46) y en el M de 14 (-17 a 51), (p= 0.1489). Para factores de riesgo y F fue de 3 (-7 a 10) y M de 1 (-10 a 20), (p= 0.1279). En la identificación de datos clínicos, para F fue de 7 (-7 a 12) y M de 3 (-7 a 15), siendo para este indicador la diferencia estadísticamente significativa con una **p= 0.0018**. En integración diagnostica para F la mediana fue de 5 (-3 a 10) y M de 4 (-3 a 15), (p= 0.8179). En cuanto a medidas diagnosticas en el genero F de 1 (-7 a 7) y M de -1 (-9 a 15), (P= 0.1553). En el indicador de medidas diagnosticas para el genero F de 3 (-9 a 15) y en el M de 3 (-5 a 13), (p= 0.7176).

Tabla 9.
Mediana global y por indicador según tipo de contratación

Enunciados	Base mediana (rango)	Eventual mediana (rango)	U de MW	
Global	108	16 (-17 a 51)	18 (3 a 46)	p=0.4868
Factores de Riesgo	24	2 (-10 a 20)	2 (-8 a 8)	p=0.7466
Datos Clínicos	15	5 (-7 a 15)	6 (1 a 13)	p=0.117
Integración Diagnóstica	21	4 (-3 a 15)	5 (-1 a 10)	p=0.5775
Medidas Diagnósticas	23	-5 (-9 a 15)	3 (-1 a 9)	p=0.0205
Medidas Terapéuticas	25	3 (-9 a 15)	3.5 (-7 a 10)	p=0.7078

En la tabla 9 se presentan las medianas global y por indicador de acuerdo a la categoría, de base (B) o como eventual (E). En la calificación global los médicos de B mostraron una mediana de 16 (-17 a 51) y en aquellos de E de 18 (3 a 46), ($p= 0.4868$). En lo que se refiere a factores de riesgo la mediana en médicos de B fue de 2 (-10 a 20) y como E 2 (-8 a 8), ($p= 0.7466$). En relación a datos clínicos y médicos de B fue la mediana de 5 (-7 a 15) y como E de 6 (1 a 13), ($p= 0.117$). En el rubro de integración diagnóstica la mediana para médicos de B fue de 4 (-3 a 15) y en E fue de 5 (-1 a 10), ($p= 0.5775$). Para el indicador de medidas diagnósticas y en médicos de B la mediana fue de -5 (-9 a 15) y en E fue de 3 (-1 a 9), para el cual la diferencia fue estadísticamente significativa, $p= 0.0205$. En lo referente a medidas diagnósticas y médicos de B la mediana fue de 3 (-9 a 15) y en los E fue de 3.5 (-7 a 10), ($p= 0.7078$).

Tabla 10.
Mediana global y por indicador según turno laboral

Enunciados	Matutino mediana (rango)	Vespertino mediana (rango)	U de MW
Global	108	18 (-8 a 51)	12 (-17 a 48) $p=0.1248$
Factores de Riesgo	24	2 (-10 a 20)	0 (-8 a 12) $p=0.3936$
Datos Clínicos	15	5 (-5 a 15)	3 (-7 a 11) $p=0.0074$
Integración Diagnóstica	21	5 (-3 a 15)	3 (-2 a 11) $p=0.1477$
Medidas Diagnósticas	23	1 (-8 a 15)	5 (-9 a 13) $p=0.9918$
Medidas Terapéuticas	25	4 (-7 a 13)	3 (-9 a 15) $p=0.6613$

En la tabla 10 se muestra la calificación con medianas en forma global y para cada indicador según turno laboral matutino (M) y vespertino (V). En la calificación global para el turno matutino la mediana fue de 18 (-8 a 51) y para el vespertino fue de 12 (-17 a 48), ($p= 0.1248$). En el indicador de factores de riesgo y en el M la mediana fue de 2 (-10 a 20) y en el V de 0 (-8 a 12), ($p= 0.3936$). En relación a datos clínicos y para el M la mediana fue de 5 (-5 a 15) y en el V de 3 (-7 a 11), en este indicador la diferencia fue estadística-

mente significativamente con una $p= 0.0074$. En cuanto a integración diagnóstica y turno M la mediana fue de 5 (-3 a 15) y para el V fue de 3 (-2 a 11), ($p= 0.1477$). En medidas diagnósticas la mediana para turno M fue de 1 (-8 a 15) y en el V de 5 (-9 a 13), ($p= 0.9918$). En medidas terapéuticas la mediana para turno M fue de 4 (-7 a 13) y turno V fue de 3 (-9 a 15), ($p= 0.6613$).

Tabla 11.
Mediana global y por indicador según certificación en medicina familiar*

	Enunciados	Sin certificación		U de MW
		Con certificación	Con certificación	
		mediana (rango)	mediana (rango)	
Global	108	17.5 (-6 a 48)	20.5 (-6 a 51)	$p=0.498$
Factores de Riesgo	24	4 (-8 a 12)	2 (-8 a 20)	$p=0.6913$
Datos Clínicos	15	3 (-5 a 11)	7 (-7 a 13)	$p=0.0378$
Integración Diagnóstica	21	5 (-3 a 10)	5.5 (-2 a 15)	$p=0.3777$
Medidas Diagnósticas	23	1 (-8 a 13)	1 (-7 a 15)	$p=0.6978$
Medidas Terapéuticas	25	4 (-9 a 15)	4 (-7 a 14)	$p=0.7059$

* Se considero la certificación sólo en médicos con especialidad en medicina familiar

En la tabla 11 se presenta la calificación global y por indicador de acuerdo a si el médico familiar se encuentra o no certificado. Este análisis fue realizado considerando solo a médicos con especialidad en medicina familiar por razones obvias al propósito del presente estudio. En la calificación global la mediana en médicos sin certificación (SC) fue de 17.5 (-6 a 48) y en aquellos con certificación (CC) fue de 20.5 (-6 a 51), ($p= 0.498$). En el rubro de factores de riesgo aquellos SC la mediana fue de 4 (-8 a 12) y CC fue de 2 (-8 a 20), ($p= 0.6913$). Para el indicador de datos clínicos la mediana SC fue de 3 (-5 a 11) y CC de 7 (-7 a 13), la diferencia fue estadísticamente significativa. $p= 0.0378$. En el indicador de integración diagnóstica la mediana SC fue de 5 (-3 a 10) y CC fue de 5.5 (-2 a 15), ($p= 0.3777$). Para el de medidas diagnósticas la mediana SC fue de 1 (-8 a 13) y CC fue de 1 (-7 a 15), ($p= 0.6978$). En el indicador de medidas terapéuticas la mediana SC fue de 4 (-9 a 15) y CC fue de 4 (-7 a 14), ($p= 0.7059$).

DISCUSIÓN

El presente proyecto fue concebido a partir de las reflexiones en torno a la visión activa participativa de la educación que durante nuestra participación en el VI Diplomado Metodológico en Docencia Nivel I del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente fuimos desarrollando durante cinco meses continuos. En ese mismo proceso académico es que fuimos gestando y consolidando el instrumento de medición de la aptitud clínica en climaterio que utilizamos en este trabajo. Finalmente este instrumento fue debidamente sometido a un proceso de validación con jueces expertos en climaterio y del ámbito de la medicina familiar y cuidadosamente revisado y reestructurado para su pertinencia en la aplicación a médicos del primer nivel de atención. Desde la perspectiva en que fue entonces concebido, es decir, una en donde el médico en vez de responder a cuestionamientos de tipo memorístico o que poco le someten a la reflexión y al análisis de su criterio, mas bien le implicaba el escrutinio de su conocimiento en el tema, contrastándolo con el de su experiencia al confrontarse con escenarios clínicos reales como los que en algún momento se enfrenta en su practica, es que hemos pretendido medir pues la aptitud clínica de los médicos en el tema. Dicho de otra forma, de alguna forma intentamos rescatar la pertinencia con que el médico reflexiona y toma decisiones en el ejercicio de su practica médica.

Cabe mencionar que durante el proceso de las visitas a las unidades de medicina familiar para la aplicación del instrumento, una de las limitantes y la mas notable ha sido la poca disposición de los médicos para participar contestando el instrumento, esto naturalmente dificultando el poder encuestar la totalidad de los médicos en cada unidad. Creemos que esto quizá tenga relación por un lado con los ambientes que le son propios a los médicos en las UMF, en que la carga de consultas por turno suele ser considerable y las presiones administrativas y de la disposición de recursos para el desempeño de la acción médica actúan como estresores importantes. Por otro lado, sin embargo, hemos notado también que en parte relacionado con lo

anterior, la actitud de los médicos hacia la participación en una encuesta de aptitud clínica como la realizada, en ocasiones es de defensiva ante lo que parecen concebir como una evaluación de su práctica médica y una invasión a su “confidencialidad” y de la cual parecieran sentirse atemorizados. Desde nuestro punto de vista, esto es tan solo una manifestación de la poca actitud participativa y disposición a la autocrítica del ejercicio clínico que en buena medida ha sido determinada por modelos educativos pasivos que inducen a la práctica profesional “autómata” y conformista. Por otro lado, es preciso destacar la importancia de la interacción de la jefatura de educación en cada unidad (todas las unidades contaban con jefatura de educación), de manera que cuando desde ella se logra establecer un vínculo y una motivación en los médicos se puede observar una mejor disposición de los médicos a involucrarse con iniciativa e interés en actividades relacionadas a la educación continua, tan es así, que en aquellas UMF donde pudimos observar este vínculo la tasa de respuesta fue mejor.

En la clasificación de resultados de la aptitud clínica (tabla 3) observamos que la gran mayoría de los médicos se situaron en el nivel de lo explicable por efecto del azar (62.8%), en el nivel muy bajo 28.2% y el resto en el nivel bajo, el 9%. Estos resultados muestran congruencia con otros estudios reportados de aptitud clínica en los cuales los niveles de la misma suelen ser muy bajos. Esto revela además de la influencia de los ambientes adversos en los cuales ejerce el médico del primer nivel de atención, el poco desarrollo de una aptitud clínica que en la práctica refleje un constante ejercicio de la crítica y la reflexión de los supuestos bajo los cuales se toman las decisiones médicas cotidianas y esto pues en gran medida por la forma en que la educación tradicional ha moldeado a la mayoría de los médicos haciéndolos poco inquisitivos y cuestionadores y pasivamente dependientes de normas o guías de práctica clínica no debidamente validadas o sin la adecuada pertinencia para el contexto en que el médico ejerce y que solamente haciendo uso de su experiencia, de la crítica y la reflexión podrá discernir lo apropiado y lo no apropiado para su medio en particular o para su paciente en lo individual.

En lo que se refiere al desempeño global por indicador (tabla 4), pudimos observar que las diferencias fueron notables y que estas fueron estadísticamente significativas ($p = <0.01$). El mejor puntaje fue para el indicador de identificación de datos clínicos y para clínicos en que la mediana se correspondió con el 33.3% de la máxima puntuación posible, esto nos muestra que la aptitud clínica para identificar manifestaciones clínicas que en lo aislado sustentan los efectos de la de privación estrogénica en la mujer en climaterio esta mejor desarrollada y esto creemos que es un aspecto con lo que el médico esta mejor familiarizado desde el punto de vista que generalmente conoce los efectos propios del proceso natural de envejecimiento relacionado al sistema reproductor femenino, sin embargo, cuando se han de decidir estrategias de tratamiento propias a esta etapa de la mujer que implica un mayor refinamiento clínico vemos que el indicador de medidas terapéuticas ocupó el tercer lugar con una mediana de 3 (de 25 enunciados) y una puntuación porcentual de 12%. En segundo lugar, estuvo el indicador de integración diagnóstica con una puntuación porcentual del 21.4%, el cual aunque relacionado con el primero implicaba realizar la integración de diagnósticos nosológicos no solo relacionados con el proceso de deprivación estrogénica sino de otras patologías propias de esta etapa de la mujer. Cabe destacar que la aptitud en la identificación de factores de riesgo se mostró muy baja habiendo incluso calificaciones en números negativos, mediana 2 (-10 a 20) (24 enunciados totales), puntuación porcentual 8.3%, y esto desde nuestra opinión refleja un aspecto que a pesar de la relevancia para el médico del primer nivel como lo es el identificar factores de riesgo que incrementan la probabilidad de un daño a la salud en la mujer en climaterio demuestra una importante debilidad de la aptitud clínica de los médicos. Y en el último lugar tuvimos el indicador de uso de medidas diagnósticas con una puntuación porcentual de 4.3%, lo cual quizá tenga relación con dos aspectos de la aptitud clínica que si se muestran débiles condicionan un mal uso de los recursos diagnósticos, la aptitud para integrar adecuadamente un diagnóstico clínico, y la identificación de factores de

riesgo que orienten y justifiquen el uso pertinente de ciertos recursos diagnósticos.

Cuando analizamos las calificaciones por indicador y para cada UMF (tabla 5) observamos que las diferencias fueron estadísticamente significativas para el indicador de integración diagnóstica ($p= 0.015$), en el cual la UMF 48 obtuvo la mejor puntuación, mediana 7 (-2 a 15), seguida de la UMF 54, mediana 5 (-2 a 9), y la UMF 92, mediana 5 (-3 a 9). Creemos que quizás esto guarde relación por un lado con la accesibilidad para los médicos a actividades de educación continua dentro de su misma unidad, coordinadas por su jefatura de educación, o fuera de ella y de alguna manera al ambiente laboral propio de la unidad. Este resultado muestra congruencia con la calificación global por unidad donde el mejor puntaje fue para la UMF 48, aunque las diferencias en este rubro no fueron estadísticamente significativas.

En el análisis de indicadores según la especialidad de los médicos (tabla 6), observamos diferencias estadísticamente significativas para dos indicadores, uno de ellos fue el de identificación de factores de riesgo donde el médico con especialidad en medicina familiar obtuvo el mayor puntaje, mediana 2 (-8 a 20), ($p= 0.0188$) y donde el peor puntaje fue para los médicos especialistas en urgencias médicoquirúrgicas con mediana -7 (-10 a 4), con la mayoría de los puntajes según el rango en números negativos. Consideramos que esto refleja la importancia de contar con médicos formados para el ámbito del primer nivel de atención que puedan abordar con un enfoque de modificación de riesgos la preservación o recuperación de la salud de sus pacientes. El otro indicador fue el de integración diagnóstica donde el mejor puntaje fue también para médicos con especialidad en medicina familiar, mediana 5 (-3 a 15), ($p= 0.0058$), y donde el puntaje mas bajo fue para médicos con especialidad en urgencias médico quirúrgicas. Consideramos que en este aspecto como el anterior, podemos observar que la aptitud clínica ante escenarios que son propios de la medicina familiar, se encuentra mas refinada en aquellos médicos cuya formación profesional ha sido orientada

para el primer nivel de atención, lo cual, creemos que refuerza la idea de que debiera procurarse en la medida de lo posible que los médicos que laboran en dicho nivel cuenten con esa formación. Quisiéramos mencionar por otro lado, que hubiese sido interesante haber podido hacer comparaciones con otras especialidades, en particular ginecoobstetras por ejemplo, pues nuestra hipótesis es que la aptitud clínica que se refleja en aspectos como el de la integración diagnóstica para escenarios de un primer nivel de atención pudiera también demostrar mejores resultados en médicos especialistas en medicina familiar comparada con aquellos.

En el análisis de calificaciones por indicador y según los médicos hubiesen cursado un curso previo en climaterio en los últimos cinco años (tabla 7), las diferencias entre medianas fueron mínimas y sin diferencia estadísticamente significativas. Probablemente la falta de diferencias según cursos previos en climaterio refleja en parte el poco o nulo impacto de estos cursos de educación continua en la aptitud clínica, cuya orientación educativa es generalmente tradicional y abrumadoramente pasivo-receptiva, con lo cual poco desarrollan los médicos una actitud reflexiva que les lleve hacia un refinamiento en su ejercicio clínico.

En lo referente al análisis de calificaciones por indicador y según género del médico (tabla 8), encontramos una diferencia estadísticamente significativa en el indicador de identificación de datos clínicos a favor del género femenino, mediana 7 (-7 a 12), contra el masculino, mediana 3 (-7 a 15), ($p=0.0018$). Esto resulta interesante si consideramos que este indicador evaluaba la aptitud clínica para reconocer manifestaciones clínicas compatibles con un estado de disminución en la función ovárica o en otros términos una mujer en etapa de climaterio, para lo cual los médicos mujeres cuentan con una experiencia más enriquecida que les confiere el hecho de ser mujeres y que naturalmente les da ventaja sobre los médicos del género masculino. Por otro lado, consideramos que esto refleja además como la aptitud clínica se ve enriquecida por la experiencia que deriva de la cotidianidad que nos es propia del diario vivir y particu-

larmente cuando nos induce a la reflexión recurrente. En la medida que el médico pueda ser mas reflexivo y conciente sobre la relevancia de su cotidianeidad personal y en la interacción con sus pacientes y de las implicaciones de esta para la toma de decisiones en su practica clínica, estará en el camino de la critica de la experiencia que lo hará permanecer en el refinamiento de la aptitud clínica.

En el análisis de calificaciones por indicador y según tipo de contratación del médico, ya fuese de base o eventual (tabla 9), fue interesante notar al comparar las medianas y rangos por indicador que hay una tendencia general hacia una mayor calificación en cada uno a favor de los médicos eventuales, aunque estas diferencias solo fueron estadísticamente significativas para el indicador de medidas diagnosticas ($p= 0.0205$). Nuestra hipótesis es que estos médicos generalmente son de menor edad que los médicos de base y tienen relativamente poco tiempo de haber egresado de la especialidad en medicina familiar y por ende muestran una actitud un tanto mas inquieta, cuestionadora y reflexiva hacia el porque de las decisiones a que se confrontan en su práctica médica; en este caso esto se traduce en un uso mas razonado de los recursos diagnósticos. Quizás si hubiésemos contado con una mayor proporción de médicos eventuales en nuestra muestra hubiéramos podido obtener diferencias estadísticamente significativas en otros indicadores (médicos eventuales fueron 12.8% del total de la muestra, tabla 2).

En el análisis de las medianas por indicador y según turno laboral de los médicos, matutino o vespertino (tabla 10), también es interesante notar una tendencia hacia mejores calificaciones en los indicadores para médicos del turno matutino, estas sin embargo solo mostraron diferencia estadística significativa en el indicador de identificación de datos clínicos ($p= 0.0074$). Esto quizá tenga relación con el hecho de que los médicos del turno matutino en ocasiones tienen mayor acceso a las actividades de educación continua ya que estas pueden ser organizadas por los departamentos de educación con mayor frecuencia durante el turno de la mañana y por otro lado a que

la difusión de cursos de capacitación o educación continua se extiende mayormente durante el turno matutino.

En el análisis de las medianas por indicador y según si los médicos estaban o no certificados como médicos familiares (tabla 11), observamos que solo el indicador de identificación de datos clínicos mostró una diferencia estadísticamente significativa a favor de los médicos con certificación ($p= 0.0378$). En el resto de indicadores no hubo en general diferencias, consideramos que esto probablemente tenga relación con que la certificación generalmente es realizada recién los médicos egresan de la especialidad y posteriormente es renovada cada cinco años según cursos realizados en ese lapso y que debido a la naturaleza de las actividades de educación continua (en la tabla 7 no se encontró diferencias estadísticas significativas en relación a curso previo en climaterio) que además no son muchas en lo relacionado al climaterio o pocos tienen acceso a ellas este aspecto de la certificación no tiene un impacto notable sobre el mayor refinamiento de la aptitud clínica.

Los hallazgos encontrados en este trabajo demuestran primero, que la aptitud clínica, como un reflejo de la habilidad reflexiva y crítica del médico al ejercer su práctica médica es muy baja, esto nos sugiere el predominio abrumador de una actitud pasiva y conformista en el ejercicio clínico y nos plantea a la vez, un enorme desafío en el ámbito de la educación en salud, dentro de lo cual es necesario implementar estrategias con una visión educativa que rompa con esquemas adoptados durante muchos años a través de la enseñanza tradicional, que nos han vuelto irreflexivos y lo que es peor hacen de nuestra labor profesional una carente de la motivación y el entusiasmo que conlleva la actitud crítica, cuestionadora, participativa, y ávida de la superación permanente en los desafíos que la práctica clínica ofrece.

Segundo, en el análisis global por indicadores dos de ellos demuestran áreas en las que hace falta promover el desarrollo de aptitudes: una es la identificación de factores de riesgo para algunas patologías que son importantes en la mujer en etapa de climaterio, y

que fueron evaluadas en este trabajo, estas son, cáncer de mama, osteoporosis, cáncer de endometrio y cardiopatía aterosclerosa y otra, el uso de recursos diagnósticos de lo cual depende el uso razonado de los mismos tanto evitando la sobre utilización cuando son innecesarios como haciendo un uso pertinente de los mismos contribuyendo al diagnóstico oportuno de patologías que pueden condicionar mayores daños a la salud.

Tercero, la aptitud clínica para algunos indicadores tuvo relación con algunas variables que nos permiten entender algunos condicionantes de la práctica médica en las unidades de medicina familiar como los son, ser especialista en medicina familiar, contar con una adecuada promoción de actividades de educación continua que sea motivantes para los médicos y promuevan el desarrollo de habilidades propias de la aptitud clínica y los ambientes laborales que pueden obstaculizar la actitud reflexiva y la motivación de los médicos que es esencial para el refinamiento de su ejercicio clínico.

Bibliografía

- 1.- Sabido M., Viniegra L.; Aptitud y desempeño, en la evaluación del médico, en La investigación en la educación, Viniegra L.; México, 2000, Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Investigación Educativa, 2da edición, 251-69.
- 2.- Prado Vega R., Generalidades sobre la evaluación de competencias clínicas. Rev Mex de Ped 2000. 67: 278-283
- 3.- Viniegra, Leonardo. La Crítica: aptitud olvidada por la educación. IMSS, Coordinación de Investigación Médica, México 2003. 2a Edición
- 4.- Blauw AAM. Assessing clinical competence. British Journal of Rheumatology 1995. 29: 77-84
- 5.- Viniegra L., Jiménez J. L., Pérez-Padilla J.R., El Desafío de la Evaluación de la Competencia Clínica. Rev Inv Clínica 1991. 43 (1)
- 6.- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la

- mujer. Criterios para brindar la atención médica. Diario Oficial de la Federación, 18 de Septiembre de 2003.
- 7.- <http://www.imss.gob.mx>, Información estadística en salud. Dirección de Prestaciones Médicas
 - 8.- <http://www.menopause.org>, The North American Menopause Society
 - 9.- Velasco-Murillo V., Ojeda-Mijares R., Navarrete-Hernández E., Una experiencia de capacitación sobre climaterio y menopausia entre médicos del IMSS. *Gac Med Mex* 2002. 138 (2): 145-148
 - 10.- Basavilvazo M. A., Bravo L. M., Carranza S., et al. Primer Consenso Nacional Multidisciplinario sobre Terapia de Reemplazo Hormonal. *Revista del Climaterio* 2004. 7 (40): 156-79
 - 11.- Velasco-Murillo V., Terapia Hormonal de Reemplazo, consideraciones sobre los hallazgos de 2002. *Rev Med IMSS* 2003. 41 (4): 321-327
 - 12.- Sánchez-Borrego R., Perimenopausia, El Climaterio desde su inicio. Schering España. SA., Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Septiembre 2002
 - 13.- Dalbert D. B., Enfoque holístico del Climaterio. *Revista Nuestro Hospital* 1997. 1 (2): 12-22
 - 14.- Velasco-Murillo V., Cardona-Pérez J., Navarrete-Hernández E., Atención del climaterio y prevención de las complicaciones de la menopausia en medicina familiar. *Rev Med IMSS* 1998. 36 (6): 463-477
 - 15.- Jiménez J., Pérez G., Actitud de la mujer en la menopausia y su influencia en el climaterio. *Ginec Obst Mex* 1999. 67: 319-322
 - 16.- Lugones-Botell M., Quintana-Riveron T., Cruz-Oviedo Y., Climaterio y menopausia, Importancia de su atención en el nivel primario. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997. 13 (5): 494-503
 - 17.- North American Menopause Society. *Menopause Core Curriculum Study Guide*, 3d edition, October 2004
 - 18.- Chávez V, Aguilar E. Aptitud clínica en el manejo de la familia, en residentes de medicina familiar. *Rev Med IMSS* 2002. 40 (6): 477-481.
 - 19.- Rivera IDB. Evaluación de la aptitud clínica en médicos residentes de medicina física y rehabilitación. *Rev Med IMSS* 2001. 39 (5): 403-407.

- 20.- Garfias G, Aguilar E. Cómo explorar las aptitudes de los médicos residentes de traumatología y ortopedia, en traumatismo craneoencefálico. Rev Med IMSS 1997. 36 (2): 233-239.
- 21.- García J, Viniegra L. Evaluación de la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. Rev Med IMSS 2003;41 (6): 487-494
- 22.- Trujillo F. D., González R., Munguia C., Competencia clínica en Diabetes Mellitus. Rev Med IMSS 2002. 40 (6): 467-472
- 23.- Pantoja M., Barrera J., Insfran M., Instrumento para evaluar aptitud clínica en anestesiología. Rev Med IMSS 2003. 41 (1): 15-22

ANEXOS

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE APTITUD CLÍNICA
EN LA MUJER EN ETAPA DEL CLIMATERIO

Fecha: _____ Unidad de adscripción: _____
Especialista en medicina familiar: Sí____ No____
Otra (especifique): _____
Certificado como médico familiar: Sí____ No____
Fecha en que egreso de la especialidad: _____
Cursos previos en climaterio: Sí____ No____
Fecha de último curso: _____
Sexo: M____ F____ Edad: _____
Tipo de contratación: _____ Turno: _____

—EL PRESENTE INSTRUMENTO ES ANÓNIMO—

INSTRUCTIVO

A continuación encontrará cuatro casos clínicos, al término de cada caso aparecerá un listado numerado de aseveraciones o enunciados referentes al mismo. El número total de enunciados es de 108. En todos los casos aparecen diversos tallos que orientan el sentido de los enunciados que agrupan. Usted tiene que contestar cada uno de los enunciados con cualquiera de las tres opciones siguientes:

VERDADERO (V):

Si usted considera que el enunciado aplica al caso clínico descrito.

FALSO (F):

Si usted considera que el enunciado no aplica al caso clínico descrito.

NO SÉ (NS):

En caso de que ignore o no pueda decidir si el enunciado es verdadero o falso.

Lea cuidadosamente cada caso y responda según las opciones V, F y NS de acuerdo a su criterio y al caso clínico descrito.

Tome en cuenta que:

Cada respuesta **correcta**: verdadera o falsa, vale un punto.

Una respuesta **incorrecta**: verdadera o falsa, resta un punto.

Una respuesta **No sé**: no le suma ni le resta puntos.

Un enunciado **no respondido**: le resta un punto.

Los siguientes son términos que aparecerán encabezando los enunciados que encontrará en el cuestionario:

Factores de Riesgo: Datos clínicos o antecedentes de exposición que incrementan la probabilidad de sufrir un daño a la salud.

A favor: Datos clínicos o paraclínicos que en lo individual son una manifestación de la enfermedad propuesta.

Compatible: Síntomas, signos o datos paraclínicos presentes en el caso clínico que en conjunto orientan hacia el diagnóstico médico propuesto.

Medidas diagnósticas útiles: Solicitud pertinente de un paraclínico que complementa el estudio del caso clínico aportando mayor beneficio que perjuicio al paciente.

Medidas terapéuticas útiles: Indicación de un tratamiento farmacológico o no farmacológico que contribuye a mejorar o curar la enfermedad del paciente o disminuye la probabilidad de mayores daños a la salud con mayor beneficio que perjuicio.

CASO CLINICO N°1

Paciente de 51 años de edad, enfermera, madre soltera.

Madre con diabetes mellitus e hipertensión arterial, tía materna con enfermedad de alzheimer, tía paterna viva con cáncer de mama previo.

Niega transfusiones, alergias y tatuajes, así como tabaquismo y toxicomanías, consume abundante cantidad tortillas y alimentos de masa de maíz, grasas saturadas, 4 tazas de café al día. No practica ejercicio físico.

Hipertensión arterial de 9 años de evolución en tratamiento con Enalapril 10mg vo c/12hrs, Obesidad exógena de 15 años de evolución.

Menarca: 15 años, Ritmo: 25X3, IVSA: 28 años, parejas sexuales: 3, G1, C1 (31 años de edad), amamanto durante 8 meses, ciclos de opsomenorrea desde hace 5 años. FUR: hace 10 meses. Sin vida sexual activa.

Acude a control de hipertensión arterial. Ha cursado con acufenos, mareos y palpitaciones. Refiere dolor en mamas de intensidad leve irradiado a axilas, constipación y distensión abdominal. Además prurito vaginal.

Tiene dos semanas con THR en esquema continuo a base de Estrógenos conjugados + Medroxiprogesterona.

Peso: 70kgs, Talla: 1.49, perímetro de cintura: 110cms, IMC: 31.5, TA: 180/100, FC: 92X´

Membranas timpánicas integras, ruidos cardiacos rítmicos con soplo holosistólico de foco mitral, Campos pulmonares bien ventilados, abdomen globoso con abundante panículo adiposo, timpanico a la percusión, peristalsis normal, mamas péndulas, grandes, simétricas, sin retracciones, no se palpan masas tumorales, a la exploración genital vagina con paredes delgadas, pálida, reseca, cervix central, útero y anexos no palpables, extremidades sin alteraciones.

Glucosa 93, creatinina 0.8, colesterol total 214, triglicéridos 230, EGO: leucocitos 1/c, eritrocitos 2/c, proteína +.

EKG: ritmo sinusal, FVM: 86X´, Eje a 0°, S-V1: 12mm, R-V5: 18mm

Citología cervical: con células de metaplasia (hace 6 meses)

Son datos a favor de un síndrome climatérico:

- 1.- _____ Patrón menstrual
- 2.- _____ Mareos
- 3.- _____ Dolor en mamas
- 4.- _____ Células de metaplasia en papanicolau
- 5.- _____ Hallazgos en exploración genital
- 6.- _____ Constipación

Son factores de riesgo para cáncer de mama en esta paciente:

- 7.- _____ Fecha de última regla
- 8.- _____ Tía con cáncer de mama
- 9.- _____ Consumo de café
- 10.- _____ Dieta

Son factores de riesgo para cardiopatía aterosclerosa en esta paciente:

- 11.- _____ Examen general de orina
- 12.- _____ Electrocardiograma
- 13.- _____ Triglicéridos

El cuadro clínico es compatible con:

- 14.- _____ Cáncer de mama incipiente
- 15.- _____ Vértigo paroxístico benigno
- 16.- _____ Displasia cervical
- 17.- _____ Síndrome climatérico
- 18.- _____ Vaginitis micótica
- 19.- _____ Nefroangioesclerosis
- 20.- _____ Hipertensión arterial estadio III

Las siguientes son medidas diagnósticas útiles a solicitar:

- 21.- _____ Cultivo de orina
- 22.- _____ Hormona folículo estimulante sérica
- 23.- _____ Lipoproteínas de alta densidad
- 24.- _____ Ecocardiograma
- 25.- _____ Mastografía
- 26.- _____ Proteína en orina de 24hrs
- 27.- _____ Colposcopia

Las siguientes son medidas terapéuticas útiles a indicar:

- 28.- _____ Consumo de proteínas a 0.6gr/kg/día
- 29.- _____ Estrógeno vaginal
- 30.- _____ Dieta con 2.5gr de sodio al día
- 31.- _____ Tibolona en lugar de la terapia hormonal actual
- 32.- _____ Incrementar Enalapril 20mg vo c/12hrs
- 33.- _____ Pravastatina 40mg/día



APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA DIABETES GESTIONAL

■

INTRODUCCIÓN

El 5% de todos los embarazos son complicados por diabetes mellitas gestacional, dando por resultado más de 200,000 casos anualmente. El predominio puede extenderse del 1 hasta el 14% de todos los embarazos, dependiendo de la población estudiada y de las pruebas de diagnóstico empleadas (2,3,5)

El hijo de la madre que cursa con diabetes durante la gestación presenta modificación del patrón de crecimiento intrauterino, manteniendo homeostasis con ajustes durante su crecimiento intrauterino sin embargo compromete la capacidad de adaptación al medio extrauterino incrementando la morbimortalidad (1, 2,3.)

La aptitud clínica se define como prestancia en la solución de situaciones clínicas problematizadas. Es una cualidad que implica perfeccionamiento constante para adecuarse a situaciones cambiantes de la medicina y del paciente, para poder influir favorablemente en las condiciones de su salud. También se entiende como el estudio ordenado de las diversas manifestaciones de la enfermedad con el propósito de instituir medidas preventivas para la atención apropiada de un paciente en particular

Poder evaluar la capacidad del médico para resolver los problemas clínicos que enfrentan ha sido una preocupación permanente de los educadores.

Los medios habituales de evaluación son los cuestionarios estructurados de opción múltiple que ponen de manifiesto en el respondiente su capacidad para recordar y, escasamente, otras habilidades de mayor complejidad y relevancia. (4)

No se ha encontrado evidencia de que la aptitud clínica del médico familiar para el manejo de diabetes gestacional haya sido evaluada en nuestro país ni en el extranjero, y debido a la trascendencia social, económica y psicológica de las complicaciones que este problema de salud implica, se valorara el grado de aptitud clínica en médicos familiares que laboran en unidades médicas del IMSS en la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.

La evaluación de los médicos en nuestro país se ha hecho tradicionalmente de manera estereotipada, orientada a la memoria, muchas veces centrada en preguntas inconexas con la práctica clínica. Ocasionalmente se realiza con casos clínicos casi siempre obtenidos de un libro y con respuestas de opción múltiple que ponen de manifiesto en el respondiente su capacidad para recordar y, escasamente, otras habilidades de mayor complejidad y relevancia habitualmente estos exámenes están lejos de la experiencia de médico ya que son tomados de situaciones hipotéticas. (4,6) El propósito de estudio fue Identificar el grado de aptitud clínica del médico familiar para el manejo de la paciente con diabetes gestacional y Comparar la aptitud entre los médicos familiares con especialidad en Medicina Familiar y sin especialidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un diseño Observacional, Descriptivo y transversal. Cuyo universo de estudio fueron los Médicos familiares de las unidades de medicina familiar en la zona metropolitana de Guadalajara.

La muestra se conformo por conglomerados; la primera fase se eligió a 4 U M F por conveniencia de 23 unidades en Guadalajara. La segunda fase elegir a la totalidad de médicos familiares (85) de un total de 450.

Los criterios de inclusión fueron; Médicos familiares que se encuentren laborando en las U M F y que estén presentes el día que se aplique el instrumento. Los criterios de no inclusión fueron médicos familiares adscritos al área de urgencias de las unidades de medicina familiar y que no acepten participar en la investigación. Los de exclusión fueron médicos familiares que no contesten la totalidad del instrumento.

La variable de estudio fue la aptitud clínica: En donde se entiende por aptitud clínica a una capacidad compleja que le permite al médico familiar, enfrentar situaciones problemáticas de variable grado de complejidad de la experiencia clínica, en la que se pondrá en juego el criterio propio para decidir por la mejor alternativa de interpretación y de acción en cada caso en particular. Esta se integra por indicadores de: 1.- Factores de riesgo: Habilidad del médico para identificar la existencia demostrada de antecedentes o condiciones actuales de la paciente, que sin formar parte del padecimiento influyen probabilísticamente para que se desarrolle alguna complicación 2.- Integración diagnóstica: Habilidad para identificar e interpretar datos clínicos y paraclínicos compatibles con un diagnóstico(s) adecuado (s). 3.- Uso global adecuado de procedimientos paraclínicos: Es la utilización juiciosa de estudios de laboratorio y/o gabinete, que serán útiles para llegar a establecer un diagnóstico y/o seguimiento. 4.- Uso global adecuado de procedimientos terapéuticos: Es la utilización juiciosa de acciones encaminadas a la resolución o mejoría del cuadro clínico presentado por la paciente.

Otras variables de estudio fueron especialidad: Si el médico cuenta o no con la especialidad de medicina familiar. Sexo: masculino o femenino. Tipo de contratación: Médico de base o eventual antigüedad: Número de años que ha permanecido laborando en el IMSS unidad de adscripción: unidad de medicina familiar a la que pertenece el médico familiar investigado turno: Matutino o vespertino.

El instrumento de para explorar la aptitud clínica del médico familiar para el manejo de diabetes gestacional, se elaboro específicamente para este proyecto. Se tomaron cinco casos clínicos reales de

pacientes de la consulta externa de medicina familiar Para cada caso clínico se utilizaron cuatro indicadores (identificación de factores de riesgo, integración diagnóstica, uso global de recursos terapéuticos , uso global de recursos paraclínicos) traducidos en cuatro tallos de preguntas, cada tallo con un número variable de enunciados o aseveraciones; para su validación, el instrumento se sometió a una ronda de cinco expertos en diabetes gestacional, medicina familiar y gineco-obstetricia, reduciendo el número de aseveraciones con base en el acuerdo de expertos (cuatro de cinco o cinco de cinco coincidencias).

El instrumento está constituido en total por ciento veinte enunciados, sesenta falsos y sesenta verdaderos los cuales deberán ser respondidos con falso, verdaderos o no sé.

Indicador	Verdadero	Falso	Total
Identificación de Factores de Riesgo	14	15	29
Integración Diagnóstica	21	22	43
Uso Global de Recursos Paraclínicos	11	9	20
Uso Adecuado Global de Recursos Terapéuticos	14	14	28
Total de Enunciados	60	60	120

La calificación se obtuvo de restar un punto por cada error y sumar un punto por cada acierto. La respuesta no sé no resta ni suma puntos. (21)

El análisis estadístico descriptivo: Se caracteriza por utilizar la mediana y el rango. E Inferencial: Se utilizará la U de Mann Whitney para la comparación entre las variables (20) y la prueba de Kruskal Wallis para identificar las diferencias entre las unidades de medicina familiar y antigüedad. Con corrección de empates.

Para identificar el número de respuestas debido al azar se utilizo la fórmula de Pérez Padilla-Viniegra. (22) Se utilizo para la confiabilidad del instrumento de medición la prueba de Kuder Richarson formula 21 (23)

De acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento se clasificara la aptitud clínica en las siguientes categorías:

Grado de aptitud clínica	Resultado
Azar	<21
Muy baja	22-40
Baja	41-60
Media	61-80
Alta	81-100
Muy alto	101-120

ASPECTOS ÉTICOS

La Ley general de salud en el artículo 17 indica que esta investigación está dentro de la clasificación 1 sin riesgo.

La presente investigación no viola los reglamentos éticos establecidos por la ley ya que es bajo el consentimiento informado a las personas. Dichos consentimientos están de acuerdo con las normas éticas contempladas en la ley general de salud artículo 17 en materia de investigación para la salud, con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 2000 en Escocia.

RESULTADOS

El coeficiente de confiabilidad del instrumento de medición por medio de la formula 21 de Kuder-Richardson, fue para la calificación global fue de 0.92, para los indicadores de identificación de factores de riesgo, integración diagnostica, uso de medios diagnósticos y uso de medidas terapéuticas fueron de 0.76,0.91,0.95 y 0.86 respectivamente

En lo que se refiere a la distribución de los médicos familiares por unidad médica, se observa la conformación de la muestra de estudio; en la unidad de medicina familiar (UMF A) participaron 38 médicos familiares (44.7%); de la UMF B 20 (23.50%); en la UMF C., 17 (20%); en la UMF D, 10 (11.0%).

Las características generales de los médicos participantes por unidad de medicina familiar se encontró: en la UMF No.171 médicos con especialidad en medicina familiar 56% y sin especialidad 44 %; por genero se encontró que el genero masculino correspondió al 45% y el genero femenino 55%, médicos con contratación de base 86% y médicos eventuales 14%; una media de antigüedad de 17.6; médicos en el turno matutino 47%, médicos en el turno vespertino 53%. En la UMF No. 91 los médicos con especialidad 60% y sin especialidad 40%.; médicos del sexo femenino 40% y masculino 60%, médicos con contratación de base 90% y médicos eventuales 10%, con una media de antigüedad de 17.1 años y; médicos en el turno matutino 70%, médicos en el turno vespertino 30%, En la UMF No. 34 los médicos con especialidad 30% y sin especialidad 70% ; médicos del sexo femenino 40%, masculino 60%, médicos con contratación de base 55% y médicos eventuales 45%; con una media de antigüedad de 12.5 años; médicos en el turno matutino 50%, médicos en el turno vespertino 50%. En la UMF No. 32 los médicos con especialidad 47% y sin especialidad 53%; médicos del sexo femenino 41%, masculino 59%, médicos con contratación de base 41% y médicos eventuales 59%; con una media de antigüedad de 15.0 años; médicos en el turno matutino 52%, médicos en el turno vespertino 48% (tabla No. 2)

Al realizar el análisis de las características generales de los médicos entre las unidades la muestra resulto ser homogénea, sin mostrar diferencias estadísticas significativas.

La calificación de la aptitud global y por indicadores por unidad de medicina familiar se encontró los siguientes resultados:

En Cuanto al grado de aptitud en toda la población estudiada se encontró lo siguiente:

APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA DIABETES GESTIONAL

Grados de aptitud:	calificación	n=	%
Explicable por azar	<21	41	48
Muy bajo	22-40	33	38
Bajo	41-60	9	10
MEDIO	61-80	2	2.3
Alto	81-100	0	0
Muy alto	101-120	0	0
Total	85	100	

Por calificación global e indicadores por clínica se obtuvieron los siguientes resultados.

En la UMF No. 32 (n= 17) una mediana de 20 para la calificación global de esta unidad; para la Identificación de los factores de riesgo una mediana de 10, para el integración diagnóstica una mediana de 5 y para el uso de global adecuado de paraclínicos una mediana de 2 y para el uso global adecuado de recursos terapéuticos una mediana de 4.

En la UMF No. 34 (n= 20) una mediana de 21.5 para la calificación global de esta unidad; para la Identificación de los factores de riesgo una mediana de 8, para el integración diagnóstica una mediana de 5.5 y para el uso de global adecuado de paraclínicos una mediana de 0 y para el uso global adecuado de recursos terapéuticos una mediana de 6.

En la UMF No. 91 (n= 10) una mediana de 17.5 para la calificación global de esta unidad; para la Identificación de los factores de riesgo una mediana de 8, para el integración diagnóstica una mediana de 5 y para el uso de global adecuado de paraclínicos una mediana de 1 y para el uso global adecuado de recursos terapéuticos una mediana de 4

En la UMF No. 171 (n= 38) una mediana de 23.5 para la calificación global de esta unidad; para la identificación de los factores de riesgo una mediana de 9, para el integración diagnóstica una mediana de 5.5 y para el uso de global adecuado de paraclínicos una mediana de 5 y para el uso global adecuado de recursos terapéuticos una mediana de 6.

No diferencia estadística significativa por clínica ni en la calificación global ni por indicadores al aplicar la prueba de Kruskal Wallis para muestras grandes, con corrección de empates; con un grado de libertad de 3 en donde una significancia estadística de 0.05 correspondería a 7.82 (tabla 3)

En lo que se refiere a la calificación global e indicadores en médicos con especialidad de medicina familiar se encontró: con especialidad (n= 41) una mediana de 24 para la calificación global; para la identificación de los factores de riesgo una mediana de 9, para la integración diagnóstica una mediana de 7; para el uso de global de paraclínicos una mediana de 4 y para el uso global de recursos terapéuticos una mediana de 6

En médicos sin especialidad en medicina familiar (n= 44) una mediana de 19 para la calificación global; para la Identificación de los factores de riesgo una mediana de 7, para la integración diagnóstica una mediana de 5; para el uso de global de paraclínicos una mediana de 4 y para el uso global de recursos terapéuticos una mediana de 6.

El análisis inferencial bivariado muestra que existe diferencia significativa entre los médicos que cuentan con especialidad de medicina familiar y los médicos sin especialidad en la calificación global y en la Identificación de Factores de Riesgo.

No hay diferencia en integración diagnóstica, uso global adecuado de paraclínicos y uso global adecuado de recursos terapéuticos. (tabla 4)

En cuanto a los resultados obtenidos en la calificación global y por indicadores según antigüedad se observa: en médicos con antigüedad de menor a 10 años (n= 19): una mediana de 25 para la calificación global; para la Identificación los factores de riesgo una mediana de, para la integración diagnóstica una mediana de 8; para el uso global de paraclínicos una mediana de 4 y para el uso global adecuado de recursos terapéuticos una mediana de 6. En médicos con antigüedad de 11 a 20 años: (n= 38): una mediana de 23 para la calificación global; para la identificación los factores de riesgo una mediana de 9 para la integración diagnóstica una mediana de 8; para el

uso global de paraclínicos una mediana de 4 y para el uso global adecuado de recursos terapéuticos una mediana de 6.

En médicos con antigüedad de > 21 años: (n= 38): una mediana de 14 para la calificación global; para la identificación los factores de riesgo una mediana de 9; para la integración diagnóstica una mediana de 6; para el uso global de paraclínicos una mediana de 4 y para el uso global adecuado de recursos terapéuticos una mediana de 6

En el análisis inferencial bivariado se reconoce una diferencia estadística significativa la calificación global (p 0.0328) y en el indicador de integración diagnóstica (p 0.007), que podría inclinarse hacia el grupo de 1 a 10 años de antigüedad. Tabla 5

Se obtuvieron resultados por turno y en el turno matutino se aprecia que existe, una mediana de 25 en la calificación global; para la identificación de los factores de riesgo una mediana de 9; para la integración diagnóstica una mediana de 8; para el uso global adecuado de paraclínicos una mediana de 4; para el uso global adecuado de medios terapéuticos una mediana de 6. Y en médicos del turno vespertino, una mediana de 22 en la calificación global; para la identificación de los factores de riesgo una mediana de 9; para la integración diagnóstica una mediana de 6; para el uso global adecuado de paraclínicos una mediana de 4; para el uso global adecuado de medios terapéuticos una mediana de.

El análisis inferencial bivariado muestra que no existe diferencia estadística significativa en los grupos estudiados por turno. Tabla 6

Se obtuvieron resultados por género y en médicos del sexo masculino (n = 43), una mediana de 24 para la identificación de los factores de riesgo una mediana de 10; para la integración diagnóstica una mediana de 5; para el uso global adecuado de paraclínicos una mediana de 4; para el uso global adecuado de medios terapéuticos una mediana de 6.5 y en médicos del sexo femenino (n = 42), una mediana de 19.5 para la identificación de los factores de riesgo una mediana de 7.5 ; para la integración diagnóstica una mediana de 5; para el uso global adecuado de paraclínicos una mediana de 4; para el uso global adecuado de medios terapéuticos una mediana de 5 .

El análisis inferencial bivariado muestra que existe diferencia estadística significativa en los grupos estudiados. En la calificación global con una p de 0.049 y en el indicadores de uso global adecuado de recursos terapéuticos con una p de 0.022. Tabla 7

En lo que se refiere a la calificación global e indicadores por contratación se observa: en médicos de base (n= 60), una mediana de 20 en la calificación global; para la identificación de los factores de riesgo una mediana de 9; para la integración diagnóstica una mediana de 5; para el uso global adecuado de paraclínicos una mediana de 4; para el uso global adecuado de medios terapéuticos una mediana de 6. Y en médicos de contratación eventual (n= 25), una mediana de 24 en la calificación global; para la identificación de los factores de riesgo una mediana de 9; para la integración diagnóstica una mediana de 7; para el uso global adecuado de paraclínicos una mediana de 4; para el uso global adecuado de medios terapéuticos una mediana de 6.

El análisis inferencial bivariado muestra que no existe diferencia estadística significativa entre los grupos estudiados. Tabla 8

DISCUSIÓN

La diabetes gestacional tiene implicaciones importantes en el bebé que esta en gestación ya que puede tener complicaciones importantes hasta la muerte, de la misma manera en la vida de la madre ya que puede tener complicaciones durante la gestación, y posterior a esta. La cualidad de la mujer y su bebe así como los familiares se ven afectadas si no se logra un adecuado diagnóstico oportuno empezando con la identificación de aquellas mujeres con factores de riesgo, así como el manejo adecuado, si bien es cierto que institucionalmente no le corresponde el manejo, la aptitud clínica en diabetes gestacional del médico familiar es independiente además de los requerimientos institucionales de estos pacientes.

En el área médica es poco frecuente estimar el desarrollo de aptitudes clínicas; en la práctica médica institucional esa actividad se realiza aproximadamente desde hace diez años.^(16,17,18,19)

La medición de aptitudes en general tiene pocos antecedentes institucionales en México y específicamente en el manejo de diabetes gestacional no se ha encontrado antecedente alguno por lo que resulta relevante un trabajo de esta naturaleza.

La aptitud clínica implica una serie de capacidades complejas en las que se pone en juego el criterio del médico familiar para identificar y resolver de la manera más adecuada situaciones problemáticas de su consulta diaria. Por lo que en la presente investigación se desarrolló la creación de un instrumento de evaluación, en el cual se plantearon casos clínicos reales vistos en las unidades de medicina familiar; esto con el fin de medir la aptitud clínica del médico familiar en diabetes gestacional, los principales indicadores de la aptitud clínica fueron integrados en este instrumento.

Las opciones propuestas como respuesta fueron falso, verdadero y no sé. La calificación se obtuvo de restar un punto por cada error y sumar por cada acierto. Esta ponderación cobra sentido cuando lo que importa medir son las decisiones apropiadas y los errores que se cometen, más que la suma de los aciertos que se recuperan de la información retenida. Desde esta perspectiva tomar decisiones acertadas se traduce en beneficio para el paciente; las equivocadas implican daños potenciales al paciente. Dar la oportunidad al médico familiar de decir no sé resulta fundamental y lo conduce a recapacitar acerca de sus límites y alcances; propicia aplazar la decisión en tanto no se realicen las indagaciones necesarias para tomar medidas sustentadas. La respuesta *no sé* da justicia al proceso de evaluación debido a que no resta ni suma puntos y no obliga al participante a contestar todos los enunciados. ⁽²²⁾

En las tablas 1 y 2 se muestran las características generales de los médicos familiares que participaron en este estudio, al realizar el análisis estadístico de estas características no se encontraron diferencias, por lo que podemos inferir que la muestra es homogénea y es representativa de la población de médicos familiares en nuestra población, por lo que los resultados obtenidos se pueden generalizar en toda nuestra muestra de estudio.

La calificación global y por indicadores en general fue baja ya que se obtuvo una mediana de 22 que corresponde a un grado de muy bajo en calificación global, y por indicadores se encontró para la identificación de factores de riesgo una mediana de 9 , en el uso global adecuado de paraclínicos se obtuvo una mediana de 4 y el indicador de uso global de recursos paraclínicos una mediana de 6, entre la comparación por clínicas también se obtuvieron calificaciones con bajos niveles, y no existió diferencia estadística significativa.

Esto obedece a el hecho de que en la evaluación se restan los errores y no es la forma tradicional habitual de calificar donde solo se ven los aciertos , y si ponemos además en entre dicho toda la formación académica que tiene el médico familiar en donde solo se favorece el recuerdo y este no toma en cuenta al paciente en una visión integradora y también la experiencia de la cual cuenta el médico en su formación y su actividad diaria .

Como lo podemos apreciar en la tabla 5 existe una diferencia estadísticamente significativa según antigüedad, encontrándose en la calificación global y el indicador de integración diagnóstica, en los grupos de 1 a 10 y 11 a 21 años de antigüedad por lo que inferimos que este grupo mostró menos dispersión en sus opiniones a este respecto.

En donde los médicos con mayor antigüedad (>21) tienen incluso una mediana atribuible al azar en la calificación global, considero que esto es por que no se favorece el hecho de valorar su experiencia y aplicarla en la practica diaria, e institucionalmente cuentas con apoyo de otros niveles por lo que no se problematiza y se desarrolla la aptitud clínica.

Según antigüedad, se encontró en el indicador de factores de riesgo, diferencia estadística significativa, el grupo de 10 a 18 años de antigüedad por lo que inferimos que este grupo mostró menos dispersión en sus opiniones a este respecto.

En el análisis en médicos con especialidad en medicina familiar y sin especialidad en medicina familiar se encontró significancia estadística en el indicador de integración diagnóstica a favor de los médicos especialidad en medicina familiar, si bien es cierto que la

mediana en calificación global de los médicos con especialidad en medicina familiar fue muy baja (24 con un rango mínimo 4 y un rango máximo de 70) llama la atención que existieron diferencias estadísticas significativas, es decir la formación en la especialidad lleva mayor preparación y desarrollo de una aptitud que en aquellos que no la realizaron

Sin embargo las calificaciones más bajas fueron en el indicador uso adecuado de paraclínicos, lo anterior puede estar relacionado con el hecho de la escasa reflexión con la que se ejerce la práctica clínica actual, teniendo una percepción biológica, donde se favorece distorsionada y fragmentada.

Los coeficientes de confiabilidad del instrumento nos muestran que el instrumento aplicado en esta investigación es consistente.

Los resultados encontrados están en niveles semejantes a los referidos en otros estudios que han medido aptitud clínica en cursos de pos-grado, así como en médicos familiares.

En lo que se refiere a los sesgos de nuestro estudio podemos considerar el sesgo de información probablemente debido a la memoria, así como al hecho de que se sigue copiando al compañero.

Aunque se trató de controlar el sesgo de deseabilidad social con el anonimato este puede existir ante una resistencia de ser evidenciados.

Además del sesgo de recolección que fue controlado por la validación del instrumento.

Consideramos importante resaltar la experiencia vivida durante la aplicación del instrumento de esta investigación, en el cual los médicos mostraban, recelo y temor ante la aplicación del instrumento, argumentando que era una forma de evidenciarlos y serviría para otros fines entre ellos los políticos, ya que en el contexto histórico que se estaba viviendo era de incertidumbre por las negociaciones contractuales entre la empresa y el sindicato, a pesar de que el instrumento era voluntario y anónimo.

De igual manera consideramos que los resultados de la aptitud clínica en la diabetes gestacional obedecen en gran medida a la prac-

tica médica irreflexiva, la especialización excluyente que existe , el sistema de salud con un modelo de atención a la salud hegemónico, así como los sistema educativos en los que participa el médico familiar donde una especialista imparte sesiones de forma tradicional, en donde el es el poseedor de la verdad y el médico familiar no cuestiona, ni toma en cuenta su experiencia y en las sesiones llevadas no se da un enfoque holístico.

Tabla 2
Características generales de los médicos

Especialidad	General	UMF A 171	UMF B 91	UMF C 34	UMF D 32
Sí	48%	56%	60%	30%	47%
No	52%	44%	40%	70%	53%
Sexo					
Masculino	52%	45%	40%	60%	59%
Femenino	48%	55%	60%	40%	41%
Contratación					
Base	72%	86%	90%	55%	41%
Eventual	28%	14%	10%	45%	59%
Antigüedad promedio	15.8435294	17.6578947	17.1	12.45	15.0411765
Desv estándar	7.47807027	6.79537329	4.67736868	9.30463948	6.91403092
Turno					
Matutino	51%	47%	70%	50%	52%
Vesperino	49%	53%	30%	50%	48%

Fuente directa

APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA DIABETES GESTIONAL

Tabla 3
Comparación de Calificación Global e Indicadores por Unidad

Unidad de Medicina Familiar	Calificación global	Identificación de factores de riesgo	Integración Diagnóstica	Uso global de paraclínicos	Uso global de recursos terapéuticos
	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana
32 N=17	20 (6 a 49)	10 (1 a 13)	5 (-5 a 19)	2 (-8 a 12)	4 (-3 a 11)
34 N= 20	21.5 (4 a 51)	8 (1 a 19)	5.5 (-3 a 19)	0 (-8 a 10)	6 (-4 a 12)
91 N= 10	17.5 (4 a 46)	8 (1 a 13)	5 (3 a 19)	1 (-6 a 10)	4 (-4 a 10)
171 N =38	23.5 (4 a 70)	9 (-1 a 19)	5.5 (-11 a 25)	5 (-6 a 16)	6 (-4 a 18)
P=	0.76 NS	0.86 NS	0.82 NS	0.13 NS	0.88 NS

Fuente Directa (NS: no significancia estadística)
P= Kruskal Wallis

Tabla 4
Comparación de Calificación Global e Indicadores por Presencia y Ausencia de Especialidad en Medicina Familiar

Especialidad	Global mediana	Identificación de factores de riesgo	Integración Diagnóstica	Uso global de paraclínicos	Uso global de recursos terapéuticos
	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana
Con especialidad en medicina familiar N= 41	24 (4 a 70)	9 (-1 a 19)	7 (-5 a 25)	4 (-6 a 12)	6 (-4 a 18)
Sin especialidad en medicina familiar N= 44	19 (4 a 55)	7 (1 a 14)	5 (-11 a 19)	4 (-8 a 16)	6 (-4 a 16)
P =	NS	0.05	NS	NS	NS

Fuente Directa (NS: no significancia estadística)

P: U de Mann Whitney

Tabla 5
Comparación de Calificación Global e Indicadores por Antigüedad

Antigüedad en años	Global mediana	Identificación de factores de riesgo	Integración Diagnóstica	Uso global de paraclínicos	Uso global de recursos terapéuticos
	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana
1-10 años N= 19	25 (-1 a 19)	9 (-5 a 17)	8 (-5 a 17)	4 (-8 a 12)	6 (-4 a 12)
11 a 20 años N= 38	23 (4 a 70)	9 (1 a 19)	8 (-3 a 25)	4 (-6 a 14)	6 (-3 a 18)
> 21 años N = 28	14 (4 a 61)	9 (a 16)	1 (-11 a 19)	4 (-6 a 16)	5.5 (-4 a 16)
P=	0.038	NS	0.007	NS	NS

Fuente Directa (NS: no significancia estadística)

P= Kruskal Wallis

APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA DIABETES GESTIONAL

Tabla 6
Comparación de Calificación Global e Indicadores por Turno

Turno	Global mediana	Identificación de factores de riesgo	Integración Diagnóstica	Uso global de paraclínicos	Uso global de recursos terapéuticos
	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana
Matutino N= 44	20 4 a 70	9 -1 a 19	5 -11 a 25	4 -8 a 14	5.5 -4 a 18
Vespertino N= 41	22 4 a 61	9 1 a 15	6 -5 a 19	4 -8 a 16	6 -4 a 16
P =	0.27 NS	0.22 NS	0.20 NS	0.40 NS	0.29 NS

Fuente Directa (NS: no significancia estadística)
P: U de Mann Whitney

Tabla 7
Comparación de Calificación Global e Indicadores por Género

Género	Global mediana	Identificación de factores de riesgo	Integración Diagnóstica	Uso global de paraclínicos	Uso global de recursos terapéuticos
	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana
Masculino N= 43	24 (4 a 70)	10 (-1 a 19)	7 (-11 a 25)	4 (-4 a 16)	6.5 (-4 a 18)
Femenino N= 42	19.5 (4 a 49)	7.5 (1 a 16)	5 (-5 a 19)	4 (-6 a 12)	5 (-4 a 13)
P =	0.049	NS	NS	NS	0.022

Fuente Directa (NS: no significancia estadística)
P: U de Mann Whitney

Tabla 8
Comparación de Calificación Global e Indicadores por Tipo de Contratación

Contratación	Global mediana	Identificación de factores de riesgo	Integración Diagnóstica	Uso global de paraclínicos	Uso global de recursos terapéuticos
	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana
Base (02) N= 60	20 (4 a 70)	9 (1 a 19)	5 (-11 a 25)	4 (-6 a 16)	6 (-4 a 18)
Eventual (08) N= 25	24 (6 a 55)	9 (-1 a 19)	7 (-5 a 19)	4 (-4 a 14)	6 (-3 a 12)
P	0.129 NS	0.452 NS	0.09 NS	0.427 NS	0.342 NS



Fuente Directa (NS: no significa estadística)
P. U. de Mann Whitney

Bibliografía

- 1.- Sánchez R. García AM Diabetes mellitus Gestacional y malformaciones congénitas. Ginecología y Obstetricia de México. 2001; 69:39-405
- 2.- Heladia J García et al Morbilidad en el recién nacido con fetopatía diabética. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2002;40(1):5-10
- 3.-Turkot David. Management of Gestational Diabetes Mellitus. Am. Fam, physician.2003; 68:1767-72 1775-6.
- 4.- Sabido M., Viniegra L.; Aptitud y desempeño, en la evaluación del médico, en La investigación en la educación, Viniegra L.; México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Investigación Educativa, 2da edición, 2000: 251-69.
- 5.- Caraveo-Enríquez Evaluación de un desayuno como prueba de tamiz para la detección de diabetes gestacional, Ginecología y obstetricia de México 2002 :113-117
- 6.- Viniegra Velázquez Leonardo. La critica aptitud olvidada por la educación. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Investigación Educativa, Primera edición 2003:1-211.

- 7.- Programa Institucional para la vigilancia, prevención, y control de la diabetes Mellitus. Guía técnica General Instituto Mexicano del seguro social.
- 8.- Hernán cortes et al. Predictivo positivo Prevalencia de diabetes Mellitus Gestacional en la población de Medellín de 1999-2000. Valor de la Prueba de tamiz y comparación con los criterios de la nddg y ADA <http://www.encolombia.com/medicina/ginecologia/ginecolog53102-revi-predic.htm>
- 9.- American Diabetes Association, Diagnosis and Clasication of Diabetes Mellitus. Diabetes Care.2004;27(1):S5-S10
- 10.- NOM 015 SSA 2 1994 6.4.7.1 6.4.7 5.4.1.0.10
Apéndice 9.3.1
- 11.- Partida Guadalupe. Hemoglobina glicosidada en el embarazo. Ginecología y Obstetricia de México 2000 70;420-423
- 12.- Manual para el manejo de las insulinas Subsecretaria de Prevención y Protección de la Salud .Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica Segunda edición 2001.
- 13.- Mancilla Leonardo. Diagnostico y Clasificación Diabetes Mellitus, Conceptos. Endocrinología y Nutrición.2002;10; 63-68
- 14.- Meza Ediberto. Gestational Diabetes in Mexican-U:S, border population: prevalence and epidemiology. Rev.Investig. Clinica 1995; 47:433-8
- 15.- Kraychaudhuri et al Glycemi Control Throughout Pregnancy and fetal growth in Insulin dependent diabetes . Obstetrics and Gynecology. 2002; 91:190-194
- 16.- Chávez V, Aguilar E. Aptitud clínica en el manejo de la familia, en residentes de medicina familiar. Rev Med IMSS 200;240;6:477-481.
- 17.- Rivera IDB. Evaluación de la aptitud clínica en médicos residentes de medicina física y rehabilitación. Rev Med IMSS .2001;39;5:403-407
- 18.- Garfias G, Aguilar E. Cómo explorar las aptitudes de los médicos residentes de traumatología y ortopedia, en traumatismo craneoencefálico. Rev Med IMSS 1997; 36;2:233-239.

- 19.- Tun Queb M, Viniegra L. Desarrollo de la aptitud clínica en estudiantes de 2do grado de la carrera de medicina. Rev Med IMSS1999; 37(2):141-146.
- 20.- Sydney Siegel, Estadística no Paramétrica. Editorial Trillas México D.F 4ta edición 2001;5:157-174
- 21.- Sydney Siegel, Estadística no Paramétrica. Editorial Trillas México D.F 4ta edición 2001;7:240-250.
- 22.- Pérez-Padilla R, Viniegra VL. Método para calcular la distribución de las calificaciones esperadas por azar en un examen del tipo falso, verdadero no sé. Rev Invest Clin, 1989; 41:375-379
- 23.- Ary Donald. Introducción a la Investigación Pedagógica. Editorial Interamericana México D.F 2da edición.1986:223-226.



APTITUD CLÍNICA
DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
ANTE EL MANEJO OPORTUNO DE LA PREECLAMPSIA

■

RESUMEN

La preeclampsia requiere de una oportuna identificación por parte de los médicos familiares. De hecho ellos deben estar capacitados para interpretar los datos que sugieren que la paciente esta cursando esta enfermedad, con el objeto de orientar el manejo y tratamiento adecuado o referencia oportuna a niveles superiores de atención médica.

Uno de los propósitos de este trabajo es medir la aptitud de los médicos residentes de medicina familiar para interpretar factores de riesgo, identificación oportuna de signos y síntomas clínicos, enjuiciar los procedimientos de diagnóstico y seguimiento del manejo frente a la mujer con enfermedad hipertensiva durante el embarazo; así como el diseño, construcción y validación de un instrumento que permita medir la aptitud del médico residente de medicina familiar. El trabajo se desarrollará con una muestra representativa de médicos residentes de medicina familiar en Unidades Sede del Curso de Especialización en Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Guadalajara, Jalisco, México.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la aptitud clínica de los médicos residentes de medicina familiar en el manejo oportuno de la preeclampsia a través de un instrumento validado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal analítico. A la totalidad de residentes de medicina familiar de la Delegación Jalisco en sus diferentes años académicos (R1,R2,R3); se les aplicará un instrumento validado para evaluar la aptitud clínica del médico residente de medicina familiar en el manejo oportuno de la preeclampsia mediante casos clínicos reales, utilizando indicadores que exploran capacidades para la resolución de problemas, situando al alumno en la condición de recurrir a su experiencia para ello. Para el análisis estadístico se realizará estadística descriptiva, y dependiendo de la distribución de los datos se optará por realizar estadística inferencial de tipo paramétrica (t student, ó ANOVA post hoc) ó estadística no paramétrica (U de Mann-Whitney ó Kruskal-Wallis). Se utilizará Chi2 con prueba exacta de Fisher para comparación de proporciones. Todos los análisis estadísticos se realizarán con en el programa SPSS 8.0.

Infraestructura: Se cuenta con una hemeroteca y equipo de cómputo.

Experiencia del Grupo: se cuenta con la experiencia del jefe de investigación y educación.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es actualmente uno de los problemas de salud pública prevalecientes en el mundo en desarrollo y que ha permanecido sin variaciones significativas en los últimos 25 años, a pesar de los esfuerzos y estrategias implementadas para su reducción.¹²

Se considera muerte materna a la que tiene lugar durante el embarazo o dentro de los 42 días después del parto, y por cualquier causa asociada o agravada por el mismo embarazo o su manejo.^{8,14}

En Junio del 2002 la Organización Panamericana de la Salud señaló la ocurrencia de más de 23 mil defunciones asociadas con el embarazo y el parto cada año en América Latina y el Caribe, con una tasa global de 190 muertes por 10 mil nacidos vivos para ese año,¹⁰ en México en ese año se registro una tasa de mortalidad materna de 65.^{7,10,18}

APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
ANTE EL MANEJO OPORTUNO DE LA PREECLAMPSIA

La preeclampsia es la principal causa de morbi-mortalidad materno-fetal en el mundo^{1,2,5}, su incidencia es desconocida³, en la literatura se reportan valores de incidencia que oscilan de un 2-10%; y esto varía dependiendo de la población estudiada y la definición de preeclampsia;^{1,2,3} las diferencias raciales y económicas son consideradas como responsables del incremento de las tasas de incidencia de hasta 3 veces en algunas poblaciones⁴. La preeclampsia así como las otras causas de morbi-mortalidad materna (hemorragias posparto, infecciones puerperales y complicaciones del aborto) comparten la característica de ser previsible^{6,7} mediante la atención y control de los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal, a través de la detección oportuna de las complicaciones del embarazo para su tratamiento adecuado o referencia oportuna a niveles superiores de atención médica.⁸

La interrogante que se plantea como eje del presente estudio de investigación es ¿Cuál es la aptitud clínica para el manejo de la preeclampsia en residentes de medicina familiar?

La educación médica en general tiene como objetivo fundamental incrementar la capacidad del médico para resolver problemas de salud. La medicina familiar en particular debe procurar que los médicos residentes y especialistas tengan cada vez mayor aptitud clínica en el manejo de las familias con problemas de salud¹⁸

Para profundizar en la aptitud clínica, en la revisión participativa de la educación se propone no consumir la información sino elaborarla y transformarla; la información debe surgir básicamente de la experiencia y de la reflexión sobre ésta. El punto de partida es la experiencia del alumno, la cual debe ser recuperada a través de la reflexión para cuestionar y replantear esta.¹⁸

La aptitud clínica del médico residente de medicina familiar se desarrolla primordialmente a través del proceso formativo del curso de la especialidad, donde se resalta, por su importancia, la aptitud clínica en el manejo de la familia que es la principal unidad de análisis del proceso salud enfermedad de la medicina familiar, y la cual conjunta riesgos y características que brindan todo un perfil de salud de cada uno de sus integrantes.¹⁸

Bajo este enfoque, para reproducir la realidad clínica de los residentes de medicina familiar se procederá a evaluar su aptitud clínica mediante casos clínicos reales, utilizando indicadores que exploran capacidades para la resolución de problemas, situando al alumno en la condición de recurrir a su experiencia para ello. El instrumento para medir la aptitud clínica intenta indagar en el criterio del alumno para el manejo de un paciente específico, y tiene más alcance que los tradicionales.¹⁹

Evaluar la aptitud clínica de los médicos residentes de medicina familiar en el manejo oportuno de la preeclampsia a través de un instrumento validado. Además de comparar la aptitud clínica en el manejo oportuno de la preeclampsia en residentes de medicina familiar de los diferentes años de formación y sedes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y tipo de estudio: Diseño Transversal analítico.

Muestra y muestreo: Se aplicará a la totalidad de los residentes de medicina familiar de la Delegación Jalisco en sus diferentes años académicos (R1,R2,R3) .

Criterios de Inclusión

- Residentes de medicina familiar de la Delegación Jalisco.

Criterios de Exclusión

- Residentes que se encuentren de vacaciones, en trabajo de campo, incapacitados.
- Instrumentos mal llenados o incompletos.

Instrumento de Aptitud Clínica: Se aplicará un instrumento validado para evaluar la aptitud clínica del residente de medicina familiar para el manejo oportuno de la preeclampsia (ver Anexo 1), se explorarán 7 indicadores de aptitud clínica en la práctica cotidiana.

APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
ANTE EL MANEJO OPORTUNO DE LA PREECLAMPSIA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Aptitud Clínica: Estudio ordenado de los signos y síntomas y los factores de riesgo del padecimiento con el propósito de precisar un diagnóstico, aplicar un tratamiento, establecer un pronóstico e instituir medidas preventivas para la atención apropiada de una paciente en particular.

Apto en la solución de situaciones clínicas problematizadas. Es una cualidad que implica perfeccionamiento constante para ajustarse a situaciones cambiantes de la medicina y del paciente a fin de incidir favorablemente en la salud de la paciente.

INDICADOR	PALABRA CLAVE
Reconocimiento de factores de riesgo	Riesgo
Reconocimiento de indicios clínicos	A favor
Integración diagnóstica	Compatible
Selección de pruebas diagnósticas	Útil
Uso de recursos terapéuticos	Apropiada
Reconocimiento de factores pronósticos de gravedad	Pronóstico
Uso de medidas de seguimiento	Seguimiento

LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA EN SALUD

INDICADOR	DEFINICIÓN
Reconocimiento de factores de riesgo:	Habilidad para reconocer la vinculación de antecedentes o condiciones actuales con la aparición del padecimiento
Reconocimiento de indicios clínicos:	Habilidad para reconocer la vinculación de los datos clínicos durante el interrogatorio, la exploración física y los resultados de estudios de laboratorio y gabinete, con ciertas sospechas diagnósticas
Integración diagnóstica:	Capacidad para la integración de signos y síntomas por medio de hipótesis diagnósticas sindromáticas y nosológicas congruentes
Selección de pruebas diagnósticas:	Capacidad para indicar y emplear oportunamente los medios para el diagnóstico, incluyendo la omisión y comisión iatrogénica
Uso de recursos terapéuticos:	Capacidad para indicar y emplear oportunamente los medios terapéuticos, incluyendo la omisión y comisión iatrogénica
Reconocimiento de factores pronósticos y de gravedad:	Habilidad para identificar síntomas o signos clínicos o paraclínicos que indican una evolución desfavorable.
Uso de medidas de seguimiento:	Capacidad para emplear medidas preventivas primarias y secundarias.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Se realizará estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central (medias, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar, rango, mínimo y máximo, así como cálculo de intervalos de confianza) y dependiendo de la distribución de los datos (Asimetría y Kurtosis) mediante el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov se optará por realizar estadística inferencial de tipo paramétrica (t de student, para comparación de medias independientes ó ANOVA con

APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
ANTE EL MANEJO OPORTUNO DE LA PREECLAMPSIA

análisis post hoc para más de 2 medias) ó estadística inferencial no paramétrica (U de Mann-Whitney para comparación de medias independientes ó Kruskal-Wallis para mas de dos medianas independientes).

Se utilizará Chi2 con prueba exacta de Fisher para comparación de proporciones.

ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con el “Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud” (Ley General de Salud), el presente trabajo se considera investigación sin riesgo (art.17). Se contó con el consentimiento informado verbal de cada participante en la investigación. (art.14) (SS, 1990).

Conforme a los reglamentos éticos relacionados con la investigación clínica se considera:

- No lesión de la integridad personal o moral.
- Se sometió ante el comité de ética correspondiente.
- Se requirió consentimiento bajo información.

CONFLICTO DE INTERÉS

- Ningún laboratorio o casa comercial financiará parte o la totalidad del estudio.
- Ningún autor o paciente recibirá compensación económica por la realización del estudio

RESULTADOS

Se aplico el instrumento de evaluación de aptitud clínica a 66 médicos residentes de las 2 clínicas sedes de especialidad del Curso de Especialización en Medicina Familiar (UMF 51, UMF 171), En la tabla 1 se muestra las características de la muestra en la cual se describe la frecuencia absoluta y relativa para cada variable independiente estudiada por unidad de medicina familiar encuestada y las

mismas frecuencias globales del total de la muestra. Observamos que el total de residentes evaluados en la UMF 51 31 (47%) de estos 14 (21.2%) son de primer año, 10 (15.1%) segundo año y 7(10.7%) tercer año; de la UMF 171 35 (53%), de primer año 16 (24.2%), segundo año 10 (15.1%), tercer año 9 (13.7%).

Tabla 1
Distribución de la Muestra

Clínica de Adscripción	UMF 51		UMF 171	
	F	%	F	%
Primer Año	14	21.2	16	24.2
Segundo Año	10	15.1	10	15.1
Tercer Año	7	10.7	9	13.7
Total	31	47	35	53

En la tabla 2 se muestra la aptitud clínica para la identificación y manejo de la Preeclampsia de los médicos residentes por niveles de acuerdo a las calificaciones de toda la muestra y en base al cálculo de las respuestas explicables por efecto del azar (formula de Pérez-Padilla). Se observa que la mayoría de los médicos cayo en la categoría alta 43 (65.2%) en segundo lugar se ubicaron en el nivel bajo con 12 (18.2%) médicos en dicha categoría; el resto de médicos se situó en el nivel medio 8 (12.1%), nivel muy bajo 2 (3.0%) y únicamente en muy alta 1 (1.5%).

Tabla 2.
Resultados. Clasificación de la aptitud clínica de los médicos por niveles de acuerdo a la calificación global y número de respuestas explicables por efecto del azar.

Nivel de Aptitud Clínica	Intervalo de Clasificación	Médicos	%
Muy Alta	135-162	1	1.5
Alta	108-134	43	65.2
Media	81-107	8	12.1
Baja	54-80	12	18.2
Muy Baja	27-53	2	3.0
Explicable por azar	0-26	0	0
	Total	66	100.0

APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
ANTE EL MANEJO OPORTUNO DE LA PREECLAMPSIA

En la tabla 3 se describen la mediana por indicador de la muestra, además se presenta la puntuación en porcentaje de cada mediana en relación a la puntuación máxima alcanzable en cada rubro, es decir, según los enunciados totales respectivos a cada uno. La mediana global fue de 106 con un rango de 42 a 137 que muestra los extremos de las calificaciones obtenidas y que en porcentaje equivale a 65%. De los cinco indicadores evaluados las medidas de seguimiento fue el que obtuvo la mejor puntuación con una mediana de 9 (3-9) correspondientes a un 100% de la calificación alcanzable en el mismo. En segundo lugar estuvo el indicador de integración diagnóstica con una mediana de 35 (14-42) y 76% de la máxima calificación alcanzable. Enseguida estuvo el indicador de medidas terapéuticas con una mediana de 17 (7-23) que correspondió a un 74 % de la máxima calificación alcanzable. En cuarto lugar se ubicó el indicador de reconocimiento de datos pronósticos con una mediana de 13 (0-17) y una puntuación en porcentaje respectiva de 68%. Al final se ubicó el indicador de reconocimiento de factores de riesgo con una mediana de 41 (7-54) y puntuación respectiva de 63%.

Tabla 3.
Resultados Mediana por indicador respectiva
para cada rubro el total de la muestra

Indicador	Enunciados	Mediana (Rango)	Puntuación %
Reconocimiento de Factores de Riesgo	65	41 (7-54)	63
Integración Diagnóstica	46	35 (14-42)	76
Medidas Terapéuticas	23	17 (7-23)	74
Reconocimiento de Datos pronósticos	19	13 (0-17)	68
Medidas de Seguimiento	9	9 (3-9)	100
Total de enunciados	162	106 (42-137)	65

En la tabla 4 se presenta las calificaciones obtenidas en cada indicador mediante las medianas y rangos según las dos unidades sedes de especialidad en medicina familiar estudiadas. En la segunda columna antes de las calificaciones por unidad se muestra los enunciados totales que componen al instrumento completo y a cada indicador. Llama la atención que en los indicadores de reconocimiento de datos pronósticos y medidas terapéuticas la UMF 171 logra una mediana de 14 (9-17) y 18 (13-23) la cual da una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.002$) y ($p= 0.004$) respectivamente.

Tabla 4
Resultados Mediana por indicador según UMF

Indicador	Enunciados	Mediana (Rango) UMF 51	Mediana (Rango) UMF 171	
Reconocimiento de Factores de Riesgo	65	31 (7-49)	45 (35-54)	P=.098
Integración Diagnóstica	46	30 (14-41)	38 (31-42)	P=.018
Medidas Terapéuticas	23	12 (7-20)	18 (13-23)	P=.004
Reconocimiento de Datos pronósticos	19	11 (0-17)	14 (9-17)	P=.002
Medidas de Seguimiento	9	9 (3-9)	9 (6-9)	P=.455
Total	162	89(42-125)	122(102-137)	

Pearson
Chi 2

Tabla 5.
Resultados Mediana global según grado académico

Grado de Residencia	No. Médicos	Mediana (Rango)
R1	30	107 (42-137)
R2	20	95 (46-133)
R3	16	119 (105-130)
Total	66	106 (42-137)

APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
ANTE EL MANEJO OPORTUNO DE LA PREECLAMPSIA

Tabla 6
Resultados. Aptitud clínica de los médicos por niveles
de acuerdo a Clínica de Adscripción

Nivel de Aptitud Clínica	Intervalo de Clasificación	Médicos UMF 51	Médicos UMF 171
Muy Alta	135-162	0	1
Alta	108-134	11	32
Media	81-107	6	2
Baja	54-80	12	0
Muy Baja	27-53	2	0
Explicable por azar	0-26	0	0
Total	31	35	

Tabla 7
Resultados. Aptitud clínica de los médicos por niveles de acuerdo a
Grado de Residencia

Nivel de Aptitud Clínica	Intervalo de Clasificación	Primer Año	Segundo Año	Tercer Año
Muy Alta	135-162	1	0	0
Alta	108-134	9	15	
Media	81-107	3	1	
Baja	54-80	7	0	
Muy Baja	27-53	1	1	0
Explicable por azar	0-26	0	0	0
Total	30	20	16	

DISCUSIÓN

La Preeclampsia es la principal causa de morbi-mortalidad materno-fetal en el mundo.^{1,2,5} La incidencia de preeclampsia es desconocida³, se reporta en la literatura valores que oscilan de un 2-10%, esto depende de la población estudiada y la definición de preeclampsia.^{1,2,3} Sin embargo la geografía social, las diferencias raciales y económicas son consideradas como responsables del incremento de las tasas de incidencia de hasta 3 veces en algunas poblaciones.⁴

Preeclampsia es un síndrome de etiología desconocida^{1,3,5} definido por hipertensión y proteinuria que también puede asociarse con otros signos y síntomas, como son edema, alteraciones visuales, cefalea y dolor epigástrico.³

La aptitud clínica de los médicos residentes de medicina familiar en la atención de la mujer gestante es de vital importancia, ya que actualmente se reconoce que las principales causas de morbi-mortalidad materna y perinatal son previsibles^{6,7} mediante atención prenatal temprana, sistemática y de calidad; que permita la identificación y control de los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal, así como a través de la detección oportuna de las complicaciones del embarazo para su tratamiento adecuado o referencia oportuna a niveles superiores de atención.⁸

De acuerdo con el Censo General de Población del año 2005, existen en la república mexicana alrededor de 16.9 millones de mujeres entre 20 y 39 años de edad, esta cifra corresponde a las mujeres en edad reproductiva. En el Instituto Mexicano del Seguro Social a nivel nacional las mujeres derechohabientes en el grupo de entre 20 a 39 años de edad al 2005 se estimó en 8.3 millones constituyendo el 49% del total de población femenina.⁹

Con motivo de la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana en junio del 2002, la Organización Panamericana de la Salud señala la ocurrencia de más de 23 mil defunciones asociadas con el embarazo y el parto cada año en América Latina y el Caribe, con una tasa global de 190 muertes por 100 mil nacidos vivos para ese año.¹⁰

Se han propuesto múltiples iniciativas y planes de acción destinados a impulsar políticas y programas que contribuyan a disminuir la mortalidad materna, particularmente en aquellas regiones y países cuyas asimetrías sociales y económicas son más acentuadas. Entre las condiciones que contribuyen a perpetuar y dificultan la modificación favorable de dicha mortalidad se encuentran: la marginación educativa, la limitada accesibilidad a servicios de atención a la salud y de inequidad entre los géneros^{11,12}

APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
ANTE EL MANEJO OPORTUNO DE LA PREECLAMPSIA

Teniendo presente este contexto, conviene recordar que América Latina constituye una región plena de contrastes: países como Cuba y Costa Rica informan tasas de mortalidad materna entre 12 y 26 por 100 mil nacidos vivos, en tanto que Bolivia y Perú registran cifras superiores a 150. En posición intermedia se ubica México con 65 para el año 2002.^{10,12} Dentro de la atención a la salud materna en México, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desempeña un papel fundamental, ya que en sus instalaciones médicas se atiende cerca del 50% de los nacimientos hospitalarios totales.^{7,10,18}

La concepción moderna y el enfoque actual de la salud reproductiva en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) conceden alta prioridad a las actividades destinadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar como por la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de este sector de la población derechohabiente.⁹

Por lo que respecta a su magnitud, de 68' 784, 211 consultas otorgadas durante 1997 en el sistema médico familiar, 4' 415, 778 (6.42%) correspondieron a atenciones prenatales, lo que coloca a la vigilancia del embarazo dentro de los seis primeros motivos de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica.⁸

En cuanto a su trascendencia, los daños a la salud materna tienen profundas repercusiones desfavorables en el bienestar perinatal, en las posibilidades de supervivencia infantil y en la salud general del núcleo familiar.^{8,13}

Se considera muerte materna a la que tiene lugar durante el embarazo o dentro de los 42 días después del parto, y por cualquier causa asociada o agravada por el mismo embarazo o su manejo.^{8,14}

Entre las causas principales de morbi-mortalidad se identifican claramente las hemorragias posparto, la preeclampsia-eclampsia, las infecciones puerperales y las complicaciones del aborto^{8,14,15,17}, todas comparten la característica común de ser previsibles y para su reducción se requiere incrementar la accesibilidad de la población a los servicios de salud para la vigilancia del embarazo y la atención del parto.^{14,15,16,17}

La educación médica en general tiene como objetivo fundamental incrementar la capacidad del médico para resolver problemas de salud. La medicina familiar en particular debe procurar que los médicos residentes y especialistas tengan cada vez mayor aptitud clínica en el manejo de las familias con problemas de salud¹⁸

Para profundizar en la aptitud clínica, en la revisión participativa de la educación se propone no consumir la información sino elaborarla y transformarla; la información debe surgir básicamente de la experiencia y de la reflexión sobre ésta. El punto de partida es la experiencia del alumno, la cual debe ser recuperada a través de la reflexión para cuestionar y replantear esta.¹⁸

La aptitud clínica del médico residente de medicina familiar se desarrolla primordialmente a través del proceso formativo del curso de la especialidad, donde se resalta, por su importancia, la aptitud clínica en el manejo de la familia que es la principal unidad de análisis del proceso salud enfermedad de la medicina familiar, y la cual conjunta riesgos y características que brindan todo un perfil de salud de cada uno de sus integrantes.¹⁸

La aptitud clínica es la capacidad para afrontar y resolver problemas clínicos, lo cual implica habilidades como la reflexión, donde se pone en juego el propio criterio.¹⁹

Bajo este enfoque, para reproducir la realidad clínica de los residentes de medicina familiar se procederá a evaluar su aptitud clínica mediante casos clínicos reales, utilizando indicadores que exploran capacidades para la resolución de problemas, situando al alumno en la condición de recurrir a su experiencia para ello. El instrumento para medir la aptitud clínica intenta indagar en el criterio del alumno para el manejo de un paciente específico, y tiene más alcance que los tradicionales.¹⁹

Bibliografía

- 1.- Baha M. Sibai MD, Prevention of Preeclampsia: A big disappointment. American Journal of Obstetrics and Gynecology.1998;179(5):1275-1278.
- 2.-Kirsten Duckitt, Deborah Harrington, Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. BMJ 2005; 330:565.
- 3.- Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia. Acog Practice Bulletin.2002;33(1):159-167.
- 4.- Dr.Güler Sahin, Incidence, morbidity and mortality of pre-eclampsia and eclampsia. Review prepared for the 12th Postgraduate Course in Reproductive Medicina and Biology, Geneva Switzerland, 2003.
- 5.-Joey P. Granger, Barbara T. Alexander, Pathophysiology of Pregnancy – Induced Hypertension. American Journal of Hypertension.2001; 14:178S-185S.
- 6.-Tsu YD, Shane B. New and underutilized technologies to reduce maternal mortality call to action from Bellagio workshop. Int J Gynaecol Obstet 2004; 85(1 Suppl):S83-S93.
- 7.-Dr.Vitelio Velasco-Murillo, ESP Eduardo Navarrete-Hernández, Mortalidad Materna en el IMSS. Resultados iniciales de una intervención para su reducción. Cir Ciruj 2004;72: 293-300.
- 8.-Guía Diagnóstico Terapéutica. Atención Prenatal en medicina Familiar. Rev Med IMSS 1998; 36 (1):45-60.
- 9.- INEGI. Censo General de Población 2005. www.inegi.gob.mx.
- 10.- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas. Washington, D.C.:OMS-USAID; 2003.
- 11.- Prual A. Reducing maternal mortality in developing countries: theory and practice. Med Trop (Mars) 2004;64 (6):569-575.
- 12.-Dr. Vitelio Velasco-Murillo, ESP Eduardo Navarrete-Hernández, Mortalidad Materna en el IMSS: un análisis desde la perspectiva de la morbilidad y la letalidad. Cir Ciruj 2006; 74: 21-26.

- 13.-Sandra Reyes Frausto, José Luís Bobadilla Fernández, Efecto de la muerte materna sobre la dinámica familiar y la sobrevivencia infantil. *Ginecología y Obstetricia de México* 1998; 66: 428-432.
- 14.-Mario Herrera M, Mortalidad Materna en el Mundo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2003; 68(6):536-543.
- 15.-Jesús Carlos Briones Garduño, Manuel Díaz de León Ponce, Mortalidad Materna y medicina crítica Tres décadas (1973-2003). *Revista de la Academia Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva* 2004; 18(4):118-122.
- 16.-Vitelio Velasco-Murillo, Eduardo Navarrete-Hernández, Mortalidad Materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social 1992-2001. *Gac Med Méx* 2003; 139 (S1):S17-S22.
- 17.- Vitelio Velasco-Murillo, La mortalidad Materna: un problema vigente hasta nuestros días. *Rev Med IMSS* 2002;40 (3):185-186.
- 18.-Víctor Chávez Aguilar, Estela Aguilar Mejía, Aptitud Clínica en el manejo de la familia, en residentes de medicina familiar. *Rev Med del IMSS* 2002; 40(6): 447-481.
- 19.-José Alberto García Mangas, Leonardo Viniegra Velázquez, Evaluación de la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. *Rev Med del IMSS* 2003; 41 (6):487-494.



APTITUD CLÍNICA DE MÉDICOS FAMILIARES EN LA DISFUNCIÓN FAMILIAR

■

RESUMEN

La disfunción familiar requiere de una oportuna identificación por parte de los médicos familiares. Ellos deberían estar capacitados para interpretar las dificultades potenciales de la familia, con el objeto de orientar el manejo y el tratamiento desde una perspectiva integradora.

La identificación de factores de riesgo para la disfunción familiar se refiere a la exploración de signos y síntomas de enfermedad que presenta uno o más integrantes de la familia y que se encuentran relacionados con o son el reflejo de una alteración en la dinámica de la misma. Este indicador alude a la capacidad del médico para indagar dichos factores, mediante la elaboración de hipótesis diagnósticas.

El uso pertinente de recursos diagnósticos, además del manejo de pruebas clínico-patológicas de laboratorio y gabinete, el uso de cédulas de diagnóstico funcional de la familia y de la guía para la elaboración de estudios integrales de la salud familiar; deben convertirse en contenidos educativos que orienten a la papel social de la familia: integración de un diagnóstico de la tipología, funciones sociales, roles formales e informales de la familia en estudio y su importancia en la producción de salud o enfermedad en el grupo familiar.

La aptitud de Orientar y proponer requiere de una capacidad del profesional médico para juzgar la pertinencia de las decisiones tomadas en los casos familiares presentados en el instrumento de evalua-

ción y proponer acciones alternativas. Así también es el Uso de recursos terapéuticos: capacidad para jerarquizar el manejo integrador de la familia en las esferas biológica, psicológica y social del proceso salud enfermedad.

La utilización de instrumentos (5, 10) de medición para la aptitud, la competencia y el desempeño laboral son cada vez más utilizados tanto para procesos formativos de recursos humanos (2, 4) como de educación continua para el trabajo. Estos instrumentos buscan discriminar la aptitud clínica y la experiencia clínica, sin embargo aún deben reunir un proceso de confiabilidad en su construcción el cual permita evitar los sesgos de información.

El propósito fue medir la aptitud del médico familiar para el manejo de la disfunción familiar en una muestra representativa en cuatro Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco, México.

El instrumento estructurado y validado, se aplicó al azar a 200 médicos. La principal variable fue la aptitud clínica: indagación de factores de riesgo, interpretación y uso de auxiliares de diagnóstico y orientación de la disfunción familiar en la práctica de su profesión; se utilizó una escala ordinal la cual definió niveles de aptitud y se relacionó con otras variables a través de la mediana, la U de Mann Whitney y la Kruskal Wallis.

Los resultados globales reflejaron una mediana de 75 puntos con rango de 38 a 160; una aptitud favorable para el 4% de los médicos familiares (> de 80 pts.); no se demostró significancia estadística al relacionar otras variables (KW : $p > 0.05$).

El instrumento aplicado, al ser capaz de discriminar la aptitud clínica alta (>140 puntos) del médico familiar en la identificación de la disfunción familiar, sin embargo no contribuye a orientar sobre variables cualitativamente responsables de esta ventaja no significativa estadísticamente, debido a que ambos grupos de estudio se han formado y reciben actividades de educación continua más relacionadas con el consumo de información, y no con la creación de conoci-

miento a partir de su experiencia, lo que arroja que en los indicadores de indagación e interpretación sean mayores al de orientación.

Estos reflejan limitaciones para identificar y orientar la disfunción familiar, así como también la falta de ambientes favorables para su reflexión e implementación de estrategias educativas.

ABSTRACT

Family doctors ought to develop the hability to identify and interpret possible difficulties within the families in order to reveal family dysfunction. This will be helpful to manage it and treat illnesses from an integrator view.

The purpose of this work was to measure family doctors' capability to deal with family dysfunction. We took a representative sample out of family physicians in 4 Family Medicine Units of the Instituto Mexicano del Seguro Social in the Guadalajara City, Jalisco, México. A validated investigation instrument was applied at random to 200 doctors.

The main study variable was that of clinical aptitud: inquiry, interpretation and guidance by doctors in family dysfunction. Levels of aptitud were defined through an ordinal scale and then they were related to the rest of variables using the medium, the U of Mann Witney and Kruskal Wallis stadiometer.

The overall results were a 75 points medium with a favorable aptitud (> 80 points) for the 4% of family doctors. A statistic significance was not demonstrated when clinical aptitud was related through medical unit, indicators and to other variables.

These results show family doctors' limitations to identify family dysfunction, as well as the lack of educational strategies and appropriate ambients for reflection.

INTRODUCCIÓN

La familia se comporta como un sistema dinámico; en donde sus elementos se estimulan mutuamente para lograr expectativas y objetivos comunes.

El desarrollo familiar es concebido como una sucesión de cambios en la forma y función de la familia a lo largo de su ciclo vital en una secuencia ordenada de etapas evolutivas. Estas etapas están relacionadas con el tamaño de la familia, los cambios en su composición y los cambios en la posición laboral de sus miembros. Cuando se producen cambios notables en la familia se hace necesario un reordenamiento de la misma y se inicia una nueva etapa evolutiva de la familia (9).

La dinámica familiar se conforma por un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia; el buen equilibrio y funcionamiento ocasiona la evolución familiar. En esta imagen evolutiva la familia se desliza de una etapa a otra presentando dificultades que se traducen en la acumulación de factores estresantes esperados e inesperados, lo cual obliga a responder con cambios internos y externos capaces de transformar a la familia con el fin de que afronte las nuevas circunstancias sin perder su continuidad y funcionalidad. La imposibilidad de transformarse ocasiona la incompatibilidad de las tareas evolutivas entre los miembros de la familia, reconocida como disfunción familiar.

Esta disfunción requiere de una oportuna identificación por parte de los trabajadores de la salud desde la perspectiva clínica integral. El médico familiar en la consulta externa tiene la responsabilidad, a partir de su formación académica, de reconocer las dificultades potenciales de la familia con respecto a su desarrollo y facilitar la compatibilidad de las tareas evolutivas de cada uno de sus miembros para así restablecer el flujo normal de su ciclo vital (3).

La aptitud clínica del médico familiar será el conjunto de capacidades que se expresan en la identificación de signos y síntomas de la disfunción familiar, de indicadores para la integración y uso de recursos para el diagnóstico y tratamiento; se incluye además la observa-

ción de las conductas iatrogénicas (por omisión y por comisión), (15) Se reporta el estudio de la competencia y desempeño de médicos a través de un instrumento estructurado y validado a partir de casos clínicos de la consulta externa de médicos familiares con el objetivo de discriminar y evaluar el ejercicio clínico de los médicos.(11).

La aptitud del médico familiar ante la disfunción familiar se explora mediante el modelo integrador de la salud familiar; este tiene como fundamento el estudio de la familia como sistema; requiere de un análisis de los subsistemas biológicos, pautas de conducta, de convivencia, y del contexto social de la familia. Desde esta perspectiva, el propósito fue identificar la aptitud clínica del médico familiar ante la disfunción familiar requiere de reconocer los indicadores de disfunción mediante la indagación de factores de riesgo, el uso e interpretación de auxiliares de diagnóstico y la orientación acerca de los factores y condiciones relacionadas con la compatibilidad y funcionalidad familiar. (1).

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño es observacional, prospectivo y comparativo. El universo de estudio se conforma de un total de 450 médicos familiares del primer nivel de atención de Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Zona Metropolitana de Guadalajara. Dentro de los criterios de inclusión se considero a Médicos Familiares con contratación definitiva y temporal, de los turnos matutino o vespertino, de sexo femenino o masculino y que verbalmente aceptaron participar en el estudio y contestaron la totalidad de preguntas del instrumento aplicado.

Los criterios de exclusión afectaron a los médicos familiares de los servicios de urgencias, del turno nocturno, de vacaciones, con permiso o becados al momento de la recolección de la información o que acepten participar, o médicos que no contesten la totalidad de las preguntas del instrumento. La Unidad de Análisis es la Aptitud clínica para identificar la disfunción familiar.

El muestreo se realizó en dos etapas; en la primera se seleccionó a 4 (17.4%) de 23 unidades médicas mediante el muestreo aleatorio simple. La segunda etapa integró la unidad muestral con 200 médicos familiares de las unidades de medicina familiar.

La principal variable de estudio es la aptitud clínica del médico familiar para la identificación de la disfunción familiar; reconocida como la capacidad de interpretar, evaluar y proponer acerca de los factores que inciden en la salud de los miembros de una familia.(8): Dicha aptitud se conceptualiza y valora en 3 áreas (1). Identificación de factores de riesgo: Consiste en la comprensión que se realiza de los factores de riesgo o de la indagación de los mismos. (2) Integración diagnóstica: *Consiste en la integración diagnóstica más apropiada con los datos clínicos; en guiar el estudio diagnóstico con una visión totalizadora de la familia;* (3) Identificación de propuestas y orientación: Son las propuestas y capacidad del profesional médico para juzgar la pertinencia de las decisiones tomadas en los casos familiares presentados en el instrumento de evaluación y proponer acciones alternativas. Así también la capacidad para jerarquizar el manejo integrador de la familia en las esferas biológica, psicológica y social del proceso salud enfermedad. Así la aptitud clínica es entonces el resultado de una evaluación global.

Otras variables de estudio son: a) Características sociodemográficas: Estas se refieren a sexo y edad; y b) Condiciones laborales: como son la especialidad, la antigüedad de la práctica profesional, horario laboral, tipo de contratación y zona de adscripción.

INSTRUMENTOS

El instrumento diseñado por un coautor de este reporte; es concebido a través de una perspectiva basada en una integración de la teoría y la práctica –casos clínicos- y utiliza indicadores que se refieren a capacidades relacionadas con el análisis, la síntesis y la crítica aplicadas a situaciones clínicas.

Con el objeto de reproducir lo más fielmente posible la realidad clínica, los casos clínicos son reales y condensados, divididos en fragmentos. Les sigue una serie de preguntas que permite indagar acerca de los indicadores investigados, con tres opciones de respuesta: verdadero, falso y no sé. Consta de 187 preguntas, de las cuales 94 debe contestarse con la opción verdadero y 93 con la opción de falso.

Cada respuesta vale un punto, una respuesta incorrecta resta un punto y la respuesta no sé es igual a cero. El resultado final se obtiene de la suma de las respuestas correctas a las que se resta las incorrectas.

El número de enunciados por indicador es de: 42 que exploran el manejo de indicadores clínicos familiares; 24 el uso de recursos diagnósticos; 19 para el uso de recursos terapéuticos; 36 reactivos dedicados a evaluar el conocimiento que el médico tiene de la sociología de la familia; 42 de su psicología familiar y 24 están diseñados para indagar lo correspondiente a propuestas ante la disfunción familiar. El instrumento es válido y estandarizado en médicos residentes de la especialidad de medicina familiar en el D.F., México. Su índice de confiabilidad de K de Richardson es de 0.90.

El nivel de medición de la aptitud clínica se integró con los siguientes grados: 1. – definidos por el azar <60 puntos, 2.- nivel bajo de 60 a 99 puntos, 3.- nivel medio de 100 a 149 puntos y 4.- nivel alto de más de 140 puntos. Posteriormente se relacionó el nivel con las principales variables de estudio.

MÉTODO DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial. Para el criterio descriptivo se usó la mediana y porcentaje. En el criterio inferencial se usó la U de Mann-Whitney para las variables con medición ordinal y grupos no relacionados, y la prueba de Kruskal-Wallis para la medición ordinal y comparación de más de dos grupos no relacionados. Se practicó calificación de instrumentos de medición de aptitud clínica, Concentrado y captura de la información, y Procesamiento de datos. Para este fin se utilizó una PC apoyada del programa EPI- Info 6 y SPSS Plus.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al “reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud” (Ley General de Salud), el presente trabajo se considera investigación sin riesgo (art. 17). Se contó con el consentimiento informado del participante en la investigación (art. 14) (13)

RESULTADOS

En el cuadro No 1 se describen las características generales de la muestra de estudio; datos similares a la población general de los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco.

En el cuadro No 2 que se refiere a la aptitud clínica para la identificación de la disfunción familiar según la unidad médica, se observa que la unidad B y D tienen en su aptitud global una mediana de 105 y 102 con rangos similares, y no se encuentran diferencias significativas entre los subíndices y las unidades médicas ($p = >0.05$) observando una mediana mayor para el índice de integración diagnóstica y la menor para el índice de propuestas y orientación.

En el Cuadro No 3 se observa el nivel de aptitud clínica. Aquí se encontró que el 3% manifestó una aptitud clínica alta, el 25% una aptitud clínica media, el 58% una aptitud clínica baja y un 14% dio respuestas emitidas al azar.

Al relacionar la aptitud clínica para la identificación de la disfunción familiar según contar con especialidad, la categoría de sexo, la categoría laboral de contrato, la antigüedad laboral, contar con especialidad médica y turno laboral no se muestra una diferencia estadísticamente significativa en los trabajadores de la salud.

DISCUSIÓN

La disfunción familiar supone un atascamiento en el desarrollo de la familia. El objetivo fundamental del reconocimiento de tal disfunción,

será restablecer el flujo normal de su ciclo vital mediante el apoyo de los terapeutas familiares. Este apoyo es de fundamental importancia para determinar cuándo y cómo una transición normal del ciclo se transforma en un estado de crisis.

La medición de la aptitud clínica mediante instrumentos de esta naturaleza se ha reportado de utilidad para discriminar la aptitud clínica además de delinear el nivel de aptitud en un tránsito entre el novato y el experto; con la finalidad de impulsar procesos educativos que lleven a un dominio progresivo a partir de procesos educativos intencionales.

Una aptitud clínica media (> 100 puntos) para identificar la disfunción familiar se considera para el 25% (50 médicos). El advertir una leve ventaja, sin diferencia estadística, de los médicos familiares de base sugiere que estos profesionales de la salud tienen más posibilidades de lograr una relación médico paciente más profunda, ya que trabajan con una población adscrita a su consultorio, la cual es fija, y de esta manera se puede establecer la confianza del paciente a su médico y viceversa. Éste será un factor que facilite la identificación de problemas no sólo de orden biomédico sino también psicosocial (6).

La formación como especialistas en medicina familiar busca dotar de herramientas teóricas y metodológicas idóneas a los médicos (12) para que ofrezcan una atención integral a la familia. Una de estas herramientas tiene que ver con la identificación de la disfunción familiar. Los resultados de nuestro estudio sugieren una leve ventaja, aunque no significativa, en cuanto al perfil curricular y a una práctica clínica más orientada a la medicina psicosocial; dichos son similares a los reportados por Chávez V. (2), al explorar la aptitud clínica de los residentes de medicina familiar.

Los años de ejercer la medicina familiar dotan al trabajador de la salud de una experiencia, vasta en situaciones y condiciones, de la atención integral de la familia. Así, los médicos en el rango de 10-19 años de antigüedad, mostraron más aptitud clínica en la identificación de la disfunción familiar sin diferencia estadística; similar a lo

reportado en la formación de recursos humanos en salud durante los diversos años de especialización (14, 15). Este resultado está relacionado con la mayor exposición a experiencias de aprendizaje durante su práctica clínica. Este hecho debe ser motivo para continuar con espacios de oportunidad en la formación de los médicos especialistas y en la educación médica continua de los médicos familiares (9, 16).

La diferencia de turnos laborales no debería significar ninguna diferencia en los recursos e infraestructura que ofrecen los servicios de salud en el desempeño de sus actividades. Esta condición parece no ser respetada, ya que nuestro estudio detectó que los médicos familiares del turno matutino cuentan con ventaja no estadística en la identificación de la disfunción familiar, sobre los médicos del turno vespertino. Esto puede relacionarse con que la mayoría de actividades de educación continua se desarrollan en la mañana y que otras actividades propias de la organización institucional son de prioridad matutina; sin embargo al relacionar el valor con el turno contrario no muestra diferencias debido a que la modalidad educativa favorece el modelo educativo tradicional(2, 5).

La aptitud clínica del médico familiar se desarrolla primordialmente a través de procesos formativos, en donde se reconozca una educación para la participación, reconociendo este como el acto educativo parte del progreso social que permite la apropiación del conocimiento. Y que resalta la importancia del manejo de la familia como unidad de análisis del proceso de salud enfermedad de la medicina familiar bajo un modelo de atención (11,17,18).

Así el modelo educativo de formación y educación continua debe propiciar la participación de los médicos familiares reconocida esta como una forma de convertirse en protagonistas de la elaboración de su conocimiento, que desencadenen y orienten sus iniciativas promoviendo el desarrollo de una experiencia mediada por la crítica.

El modelo de atención a la salud actualmente hegemónico hace una interpretación más biologicista de la problemática de la salud enfermedad, factor que contribuye a que la práctica clínica se oriente a reconocer factores de orden biológico en la disfuncionalidad fa-

miliar lo cual da una visión distorsionada y fragmentada de la incompatibilidad familiar. Esto lleva a que la práctica clínica no sea integradora del enfoque psicosocial del ciclo vital de la familia.

Desde la perspectiva de nuestro estudio esperamos que en un mediano plazo se reoriente la oferta de servicios de salud de parte de las instituciones responsables y al mismo tiempo se efectúe el replanteamiento curricular de la formación del médico general y especialista (7). Así también es de esperarse la el análisis y consolidación de la medicina de familia por parte de las instituciones de educación superior que avalan la formación de estos profesionistas (17).

El desarrollo de la aptitud clínica requiere de ambientes que propicien la reflexión del médico, así como la crítica de los contenidos temáticos y de la propia experiencia en la elaboración de su conocimiento, condición que no se refleja en los resultados, por la abrumadora ganancia de la aptitud clínica baja y que refleja una clara incapacidad para indagar e interpretar; y que se pronuncia en el indicador de orientación de la disfunción familiar (16, 19).

La identificación de factores de riesgo para la disfunción familiar se refiere a la exploración de signos y síntomas de enfermedad que presenta uno o más integrantes de la familia y que se encuentran relacionados con o son el reflejo de una alteración en la dinámica de la misma (16, 17, 19). Este indicador alude a que la mitad de los médicos familiares muestran la capacidad para indagar dichos factores, mediante la elaboración de hipótesis diagnósticas.

El uso pertinente de recursos diagnósticos lo demuestra las 2/3 partes de los médicos familiares, fundamentalmente sobre el manejo de pruebas clínico-patológicas de laboratorio y gabinete, el uso de cédulas de diagnóstico funcional de la familia y de la guía para la elaboración de estudios integrales de la salud familiar. Estos resultados deben convertirse en contenidos educativos que orienten el papel social de la familia: integración de un diagnóstico de la tipología, funciones sociales, roles formales e informales de la familia en estudio y su importancia en la producción de salud o enfermedad en el grupo familiar (9, 16).

La aptitud de orientar y proponer requiere de una capacidad del profesional médico para juzgar la pertinencia de las decisiones tomadas en los casos familiares presentados en el instrumento de evaluación y proponer acciones alternativas(17, 18, 19). Así también es el Uso de recursos terapéuticos: capacidad para jerarquizar el manejo integrador de la familia en las esferas biológica, psicológica y social del proceso salud enfermedad. Ambas aptitudes son logradas por menos de la mitad de los médicos familiares y son reconocidas como más complejas por su profundidad y refinamiento de un aprendizaje autónomo.

La utilización de instrumentos (5, 10, 18,19) de medición para la aptitud, la competencia y el desempeño laboral son cada vez más utilizados tanto para procesos formativos de recursos humanos (2, 4) como de educación continua para el trabajo Estos instrumentos buscan discriminar la aptitud clínica y la experiencia clínica, sin embargo aún deben reunir un proceso de confiabilidad en su construcción el cual permita evitar los sesgos de información.

El instrumento aplicado, al ser capaz de discriminar la aptitud clínica alta (>140 puntos) del médico familiar en la identificación de la disfunción familiar, sin embargo no contribuye a orientar sobre variables cualitativamente responsables de esta ventaja no significativa estadísticamente, debido a que ambos grupos de estudio se han formado y reciben actividades de educación continua más relacionadas con el consumo de información, y no con la creación de conocimiento a partir de su experiencia, lo que arroja que en los indicadores de indagación de los factores de riesgo y uso e interpretación de auxiliares de diagnóstico sean mayores al de orientación.

Leve ventaja se observa por ser médico con contratación definitiva en la institución, con formación de médico especialista en medicina familiar, con más de 10 años de antigüedad y que se desempeña laboralmente por la mañana. Sin embargo en la calificación global de la aptitud clínica, el 58% de los médicos familiares presentan un estadio bajo y refleja una escasa capacidad de reflexión de la experiencia cotidiana en cuanto a la disfunción familiar.

Bibliografía

- 1.- ANGOFF, W.A: Scales, norms and, equivalent scores. En: Thorndike RL, de Educational Measurement. Washington, DC; American Council on Education. 1971.
- 2.- CHAVEZ, V. & AGUILAR M: Aptitud clínica en el manejo de la familia, en residentes de Medicina Familiar. Rev Med del IMSS, 40(6):477-481,2002.
- 3.- FALICOV, C: Transiciones de la familia. Buenos Aires, Amorrortu.1991.
- 4.- GARFIAS,G.G.; AGUILAR, M.E. & VINIEGRA, V.L: Cómo explorar las aptitudes de los médicos residentes de traumatología y ortopedia en traumatismo craneo encefálico. Revista Médica del IMSS, 35:233-237, 1997.
- 5.- GUTIÉRREZ, G.S.N.; AGUILAR, M.E. & VINIEGRA, V.L: Validación de un instrumento para evaluar la competencia clínica del médico familiar. Revista Médica del IMSS, 37: 201-210, 2001.
- 6.- HULL, A.L.; HOODER, S.; BERGER, B.; GINSBERG, D.; LINDHEIM, N., & QUAN, J: Validity of three clinical performance assessments of internal medicine clerks. Acad Med, 70: 517-522, 1995.
- 7.- LARIOS, M.H.; TREJO, M.J.A. & CORTÉS, G.T: Evaluación de la competencia clínica. Revista Médica del IMSS. 36:77-82, 1998.
- 8.- MERCADO, B.J.L.; VINIEGRA, V,L.; & LEYVA, G.A: 2001. Aptitud para la lectura crítica de informes de investigación clínica en médicos residentes del IMSS en Jalisco. Revista Médica del IMSS, 53(5):413-421, 2001.
- 9.- MINUCHIN, S: Familias y terapia familiar. Barcelona, Granica 1977.
- 10.- ROTHMAN, A.I.; BLACKMORE, D.; COHEN, R.& REZNIC, R: The consistency and uncertainty in examiners' definitions of pass/fail performance on OSCE stations. Ev Heakt Prof, 16: 322-332, 1996.
- 11.- SABIDO, S.M.C. & VINIEGRA, V.L: Competencia y desempeño en la evaluación del médico: estudio con pacientes diabéticos en el primer nivel de atención. En: IMSS: La investigación en la educa-

- ción: papel de la teoría y de la observación. México, DF. Editorial del Instituto Mexicano del Seguro Social, 1999.
- 12.- SEARLE, J: Defining competency-the role of standard setting. *Med Educ*, 34: 363-366, 2000.
 - 13.- SECRETARIA DE SALUD: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. México, D.F. Editorial SSA, 1990.
 - 14.- VINIEGRA, L. & JIMÉNEZ, J.L: Nuevas aproximaciones a la medición de la competencia clínica. *Revista de Investigación Clínica*, 44:269-75, 1992.
 - 15.- VINIEGRA, L; JIMÉNEZ, J.L. & PÉREZ-PADILLA JR: El desafío de la evaluación de la competencia clínica, *Revista Médica del IMSS*, 43:87-95, 1991.
 - 16.- Satir V. *Psicoterapia familiar conjunta*. México, D. F. Editorial Prensa Médica Mexicana; 1986.p 86-8.
 - 17.- Gardner W, Nutting PA, Kelleher KJ. Does the family Apgar effectively measure family functioning? *Aten Primaria*. 1996;17:338-41.
 - 18.- Sánchez TE, Pérez CL, Navarro LME, Kumazagua IM, Vasquez Garibay E. *Dinámica Familiar: metodología para su evaluación*. *Am J Dis* 1994; 7:48-52.
 - 19.- Vásquez Garibay E, Sánchez Te, Navarro LME, Romero VE, Perez CL, Kumazagua IMR. Instrumento de Medición de la dinámica de la familia nuclear mexicana: un enfoque cuantitativo. *Bol Med Hosp. Infant Mex* 2003; 60:33-52.

ANEXOS

Tabla No 1
Datos Generales de los Médicos Familiares

Categoría Laboral	Frecuencia	Por ciento
Base	168	84
Eventual	32	16
Total	200	100
Antigüedad laboral	Frecuencia	Por ciento
< 10 años	32	16
10-19	96	48
> 20	72	36
Total	200	100
Sexo	Frecuencia	Por ciento
Masculino	80	40
Femenino	120	60
Total	200	100
Años Médico Familiar	Frecuencia	Por ciento
< 10 años	56	28
10-19	72	36
> 20	72	36
Total	200	100
Turno laboral	Frecuencia	Por ciento
Matutino	104	52
Vespertino	96	48
Total	200	100

Tabla 2
Indicador de la Aptitud clínica de Médicos Familiares para identificar la disfunción familiar según Unidad Médica, IMSS, Jalisco, Mx.

Indicador / Unidad Médica (Total teórico)	Factores de Riesgo (Mdn.rango) (78)	Integración diagnóstica (Mdn.rango) (66)	Propuestas y Orientación (Mdn.rango) (43)	Global (Mdn.rango) (187)	p**
A (n = 55)	38(12-48)	43(25-48)	17(12-46)	88(38-130)	0.02
B (n = 45)	30(25-53)	44(25-58)	18(12-45)	105(48-160)	0.01
C (n = 52)	37(15-50)	43(25-59)	23(15-38)	95(55-150)	0.04
D (n = 48)	34(23-55)	41(27-55)	19(13-43)	102(44-150)	0.01
P*	0.55	0.65	0.45	0.38	

(* Kruskal – Wallis)

(** ji cuadrado del % del total teórico de cada indicador)

Tabla 3
Nivel de la Aptitud clínica de Médicos Familiares para identificar la
disfunción familiar, IMSS, Jalisco, Mx.

Aptitud clínica	Frecuencia	Por ciento
Alta >140	6	3
Media 100-139	50	25
Baja 60-99	116	58
Azar <60	28	14
Total	200	100



*La investigación educativa en salud:
aptitud de los trabajadores de la salud
en tópicos de familia*

Se imprimió el mes de julio de 2008
en los talleres de AYDER, SCL
Torres Quintero 505
Col. Alcalde Barranquitas
Guadalajara, Jalisco

Se tiraron 500 ejemplares

